

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO**

RITA MEURER VICTOR

**DA VIABILIDADE DA CLÍNICA PSICANALÍTICA NO AMBULATÓRIO
PÚBLICO.**

**FLORIANÓPOLIS
2009**

RITA MEURER VICTOR

**DA VIABILIDADE DA CLÍNICA PSICANALÍTICA NO AMBULATÓRIO
PÚBLICO.**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Fernando Aguiar Brito de Sousa

Florianópolis, maio de 2009.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Fernando Aguiar Brito de Sousa, orientador desta pesquisa, por me aceitar como orientanda, por respeitar as minhas escolhas e principalmente, por me ensinar a escrever com maior rigor e cuidado.

À Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, por tornar possível o meu desejo de cursar o mestrado em um lugar tão distante.

À minha família: mãe, irmãos, cunhadas e sobrinhos, pela torcida e apoio.

Ao meu marido, Luiz, por sempre acreditar no meu potencial, até mais do que eu mesma.

É que somos precisamente estranhos a nós mesmos, não nos compreendemos, temos que nos confundir com os outros, estamos eternamente condenados a esta lei: “não há ninguém que não seja estranho a si mesmo”; nem a respeito de nós mesmos somos “homens de conhecimento” (Nietzsche, [1887] 2007: 13).

RESUMO

A partir da Reforma Sanitária, na década de 1970, e a criação do Sistema Único de Saúde-SUS, em 1988, os serviços ambulatoriais foram fortalecidos no Brasil. Constituídos por equipes interdisciplinares, a presença do psicanalista é neles cada vez mais comum. Entretanto, ainda que diversas áreas científicas se façam presentes nas equipes ambulatoriais, a hegemonia médica é indiscutível, o que muitas vezes culmina em dificuldades para a prática do psicanalista. Com isso, a viabilidade da clínica psicanalítica nos ambulatórios brasileiros é constantemente questionada e ameaçada, pois são inúmeras as divergências entre as demandas institucionais e o trabalho analítico. Diante deste contexto, esta pesquisa tem como objetivo central a investigação dos impasses que ocorrem entre a psicanálise e as equipes dos ambulatórios médicos. Trata-se de uma pesquisa teórica, cujas fontes foram as produções bibliográficas a respeito do tema. Como conclusão, destaca-se que, apesar dos entraves e constantes desafios aos quais é submetida, a prática psicanalítica é plenamente viável e efetiva nos ambulatórios públicos brasileiros.

PALAVRAS-CHAVE: psicanálise, ambulatório, medicina.

ABSTRACT

Since the Health Care Reform, in the decade of 1970, and the creation of the Unified Health System, in 1988, the outpatient services have been strengthened in Brazil. Consisting of interdisciplinary teams, the presence of the psychoanalyst in these services has been increasingly more common. However, even though various scientific areas are present in the outpatient teams, the medical hegemony is unquestionable, which many times leads to difficulties in the practice of the psychoanalyst. Therefore, the viability of the psychoanalytic clinic in Brazilian outpatient services is constantly questioned and threatened as far as uncountable are the differences between the institutional demands and the analytical work. In this framework, this research has as main objective the investigation of the impasses that occur between psychoanalysis and the medical outpatient teams. This is a theoretical research whose sources were the bibliographic production concerning the subject. As conclusions, it is emphasized that, despite the conflicts and constant challenges that it is submitted to, the psychoanalytic practice is fully viable and effective in Brazilian public outpatient clinics.

KEYWORDS: psychoanalysis, outpatient, medicine.

SUMÁRIO

Introdução	09
1. O ambulatório público brasileiro	17
1.1. Aspectos históricos dos serviços de saúde no Brasil	18
1.1.1. O surgimento do Sistema Único de Saúde	22
1.1.2. A psicologia nos serviços de saúde	24
1.2. O ambulatório: território médico	27
2. A Psicanálise na Instituição	34
2.1. A proposta de um novo discurso	42
2.2. Alguns desafios	46
2.3. Possibilidades	49
3. O alicerce da prática psicanalítica no ambulatório público	53
3.1. A ética no ambulatório	55
3.2. O desejo no ambulatório	64
3.3. A transferência no ambulatório	67
Considerações finais	73
Referências	78

Introdução

Os serviços de psicologia prestados nos ambulatórios de especialidades médicas são uma consequência direta das mudanças ocorridas no sistema de saúde brasileiro a partir da Reforma Psiquiátrica e da Reforma Sanitária, tendo como ápice a criação do Sistema Único de Saúde. Já em meados do século passado, a assistência psiquiátrica nacional encontrava-se em crise, com hospitais superlotados, maus tratos e deficiência de pessoal. Esse panorama e mais a crise financeira da Previdência na década de 1970 influenciaram na adoção do modelo americano preventivista, que consiste em medidas comunitárias de baixo custo na assistência psiquiátrica (Oliveira, 2000).

Esta inversão de padrão – de atendimento hospitalar para ambulatorial – entre outras coisas também ocasionou a inclusão do psicólogo nos ambulatórios de especialidades médicas, para que, seguindo o modelo psiquiátrico, a psicologia assessorasse a medicina nos tratamentos clínicos e cirúrgicos. A psicanálise por sua vez chega a essas instituições através do profissional-psicólogo, pois a função de psicanalista não é regulamentada pelo Estado.

É relevante apontar a distinção entre o ambulatório de saúde mental e o ambulatório de especialidades médicas. No primeiro, há um lugar próprio para o psicólogo, decorrente da especificidade deste ambulatório. Mesmo levando em conta as dificuldades encontradas pelo psicólogo/psicanalista nesse contexto, há o reconhecimento do seu trabalho, um saber atribuído a esse profissional pelos outros integrantes da equipe. No ambulatório médico, por sua vez, as patologias em questão são de ordem física, o que dificulta a inserção e a efetividade do trabalho do psicólogo que nada sabe sobre a patologia e por isso só deve intervir quando solicitado.

Nessas unidades, a característica dominante é a oferta de serviços de clínica médica, em que os pacientes se dirigem à especialidade médica para a qual foram encaminhados, e onde é realizada a triagem para outras clínicas. Dentre elas, a de psicologia. Não é possível ao paciente chegar à psicologia diretamente, apenas pelo encaminhamento; em contrapartida, há uma grande solicitação da intervenção psicológica, ainda que a iniciativa parta mais dos médicos do que dos próprios pacientes (Figueiredo, 1997), uma vez que a demanda do médico é de ser atendido pela psicologia qualquer paciente por ele julgado (muitas vezes, sem critérios precisos) estressado, depressivo, rebelde ao tratamento, choroso, queixoso, etc. Desta forma, o serviço de psicologia é visto como auxiliar naqueles casos que podem comprometer o bom

andamento da clínica médica, intervindo individualmente ou em grupo, para que os tratamentos transcorram de maneira mais rápida e eficiente.

Nesse contexto, a psicanálise é vista como ineficaz, pois é considerada uma prática de longa duração, não-objetiva, incoerente e com dificuldades de inserção institucional frente à enorme lista de espera e às políticas públicas. Um dos grandes entraves do Sistema Único de Saúde (SUS) é a imensa demanda de atendimentos, paralela à sempre insuficiente oferta de profissionais e de procedimentos. Como decorrência, impõem-se metas de muitos atendimentos por dia e alta ambulatorial sempre no mais curto tempo possível. Em algum nível talvez resida nisso a preferência por tratamentos mais curtos, como a psicoterapia breve ou a terapia cognitivo-comportamental, que oferecem *a priori*, e já no contrato terapêutico, o tempo de tratamento do paciente.

Ora, do lado da psicanálise há quem afirme mesmo ser um engano a transposição do método clínico psicanalítico do consultório particular para a instituição, pois diferentes tipos de contexto deveriam suscitar nos psicanalistas uma reflexão crítica sobre a consistência teórica e os limites da prática. Desse modo, as dificuldades encontradas na prática ambulatorial não seriam decorrentes de fatores externos à própria teoria psicanalítica, uma vez que a psicanálise foi criada em um contexto sócio-econômico e cultural determinado, sua utilização em contextos diferenciados sempre gera tropeços (Pinheiro, 2001).

Pautada nessa posição, Pinheiro (2001b) propõe distinguir os ambientes nos quais a clínica se processa, ambulatório institucional e consultório particular para, a partir daí, começar a trabalhar, no sentido de demonstrar que diferentes contextos engendram diferentes formas de inserção profissional e pessoal, tanto por parte dos analistas quanto dos pacientes. Por outro lado, há os que afirmam a possibilidade dessa transposição. Fernández (2001) conclui que nada impede o exercício da prática psicanalítica no campo da Saúde Pública de acordo com os "ingredientes mais eficazes e importantes" formulados por Freud, ou seja, os conceitos fundamentais da psicanálise, alheios a idealizações¹.

¹ Em 1923, Freud enumerou os conteúdos principais da psicanálise e os fundamentos de sua teoria: a hipótese dos processos anímicos inconscientes, o reconhecimento da doutrina da resistência e do recalamento, o valor concedido à sexualidade e ao complexo de Édipo, para afirmar: "Quem não está em condições de subscrevê-los todos não deve incluir-se entre os psicanalistas" (Freud, "Psicanálise" e "Teoria da libido" [1974{1923}]). À lista deve-se ainda acrescentar o conceito clínico de transferência.

Ao iniciar, em 2003, o meu trabalho em um ambulatório público, também tive receio em relação à transposição da clínica realizada em âmbito privado para a instituição. Questões referentes à obrigatoriedade de fazer anotações nos prontuários, a inexistência do divã e, principalmente, ao pagamento². Porém, com o decorrer do tempo construiu-se em mim a convicção de que a escuta diferenciada pretendida pela psicanálise pode ser aplicada em qualquer contexto. O pagamento, por exemplo, pode ser realizado de diversas maneiras, como no gasto com o transporte coletivo, ou na longa caminhada até o ambulatório (quando não há recursos para o transporte), ou mesmo na falta semanal ao trabalho.

Por outro lado, a relação com a equipe, a qual não atentei inicialmente, revelou-se inspiradora de cuidados. Sendo o paciente atendido por vários profissionais com um objetivo comum, é natural que esses profissionais queiram tomar a psicanálise como mais um braço desse tratamento, cabendo a ela metas terapêuticas. O que não é possível, uma vez que a psicanálise até produz efeitos terapêuticos, mas de maneira alguma é essa a sua meta.

Freud ([1912]1974) escreveu que o sentimento mais perigoso para um psicanalista é a ambição terapêutica, ou seja, querer alcançar algum efeito convincente sobre as outras pessoas, posição contrária à premissa básica do trabalho do analista, a *atenção flutuante*. Essa atenção diferenciada, que se caracteriza pela tentativa de escutar o paciente sem priorizar conteúdos ou efeitos, é um dos fundamentos da técnica analítica, mas ela parece contrariar as intervenções praticadas pela equipe interdisciplinar da instituição médica.

Como o paciente é “compartilhado”, ele chega à sessão portando um prontuário com a história clínica e a justificativa do encaminhamento. Além disso, nas reuniões clínicas é realizada a discussão dos objetivos das intervenções, em prol de um tratamento mais eficaz. Esta eficácia pauta-se pela adequação do sujeito ao tratamento médico no qual está engajado, sustentado no controle de emoções e comportamentos que lhe possam causar embaraços. Ou seja, um fortalecimento do eu mediante certa

² O pagamento é uma parte importante do tratamento, pois, conforme Midle (2001), o analisando quer um bônus para o seu narcisismo (posicionar-se como falo para o analista), mas deve encontrar um ônus. A manutenção da falta por parte do analista permite que o analisando responda, não a partir do narcisismo, mas sim de sua própria cisão. Para uma maior discussão da função do pagamento, ver Freud (1913), em “Sobre o Início do Tratamento”.

padronização de comportamento. Não é este o objetivo da psicanálise, de Freud a Lacan, embora tenha sido sempre o da psicanálise desenvolvida nos Estados Unidos da América. Mais conhecida como *Ego Psychology*, foi ela a responsável pela difusão do termo de origem latina, Ego, adotado pelo tradutor inglês e discípulo de Freud, James Strachey, para traduzir o pronome pessoal da primeira pessoa – *Ich*, em alemão.

A função que tomou a psicanálise na propagação desse estilo que se chama a si mesmo *American Way of Life* é propriamente o que designo com esse termo obscurantismo, na medida em que ele se marca pela revalorização de noções há muito tempo rejeitadas no campo da psicanálise, tais como a predominância das funções do eu (Lacan, 1988: 123).

Neste aspecto, a demanda ambulatorial é de um trabalho fundamentado no que a psicanálise rejeitou, por descrer na sua efetividade: o fortalecimento do eu, a redução de sintomas “inadequados” à vida social, etc.

Além disso, a psicanálise estrutura-se sobre uma ética que busca sustentar o desejo do paciente, e isso significa muitas vezes confrontar-se com a demanda da equipe, e mesmo ser dela um crítico quase permanente. No cerne da ética da psicanálise situa-se a questão da verdade, entendida como a verdade do desejo imperioso e irreduzível, que, sendo da ordem o íntimo, remete sempre à singularidade (Rinaldi, 1996). A ética da psicanálise é a ética do desejo, ou seja, a ética do conflito, da falta, na qual o sujeito deve se implicar com o seu desejo. Por isso não há adequação possível, e muito menos “treinamento” do sujeito para lidar com suas dificuldades e sofrimento. É nisso que o tratamento analítico se alicerça, e não no enquadramento *a priori* do paciente aos padrões esperados pela sociedade e em particular pela equipe.

A partir do conceito de castração, a demanda do sujeito pode ser traduzida por uma simples palavra, a felicidade (Lacan, 1991), pois o que ele mais anseia é tamponar a falta. O que faz pensar ser esta também, de certa maneira, a demanda da equipe; afinal, ajustar os pacientes ao tratamento proporcionaria o aumento do índice de “sucesso” dos casos, diminuindo a sensação de fracasso quando alguns deles não respondem ao tratamento da forma desejada pela equipe – o que mais uma vez remete à falta.

Essa garantia, obviamente, a psicanálise não pode sustentar, pois ela busca fundamentalmente uma verdade singular, a liberdade do sujeito (Ferreira, 1995). Objetivar algo diferente disso significa ferir sua ética, deixando de ser psicanálise. Esta posição geralmente ocasiona na instituição e muitas vezes na equipe um mal-estar, e

uma cisão de objetivos. O psicanalista é visto como o profissional que não coopera.

Embora a psicanálise tenha um referencial teórico e técnico surgido no consultório particular, desde a sua fundação ela faz interfaces com outros campos e saberes. No entanto, demanda cuidados e reflexão a sua aplicação no ambulatório de especialidades médicas ou em qualquer espaço que não seja o seu originário.

Daí a proposta desta pesquisa, que buscou confrontar as posições dos autores que realizaram uma reflexão teórica consistente sobre as relações possíveis da psicanálise com a equipe interdisciplinar no ambulatório médico, bem como sobre sua adequação neste espaço de trabalho sem ferir as condições mínimas de seu ofício, ou seja, a associação livre e a escuta flutuante. Em outras palavras, buscou-se examinar, à luz da literatura específica e pertinente, as condições de possibilidade de atuação da psicanálise – logo, de minha própria atuação – em uma equipe interdisciplinar, face às demandas do ambulatório médico, de um modo geral conflitantes com o ponto de vista psicanalítico.

A realização desta pesquisa em terreno acadêmico é pertinente, pois a psicanálise vindo à universidade propicia o diálogo com outros campos e transmite sua rede conceitual, se fazendo assim cada vez mais presente no meio acadêmico. As pesquisas nesse campo foram categorizadas por Renato Mezan (2002) em sete temas gerais: questões metapsicológicas, psicopatologia e fenômenos específicos a certos grupos, fatores operantes no processo terapêutico, interface psique/sociedade, sobre obras ou práticas artísticas e suas raízes pulsionais, sobre autores ou momentos importantes da história da psicanálise e por último, sobre a atividade terapêutica em âmbito institucional. A presente pesquisa insere-se neste último tema.

A questão proposta faz alusão a uma realidade vivenciada diariamente por inúmeros psicanalistas que trabalham em ambulatórios públicos, vários dos quais já produziram teoricamente acerca da questão. Para abordá-la, foi realizada uma pesquisa bibliográfica com a literatura referente ao assunto no intuito de levantar as condições da psicanálise nesse contexto e analisar criticamente as posições e atuações encontradas.

Primeiramente foram buscadas teses e dissertações no banco da Capes,

com os descritores “psicanálise”, “ambulatório” e “saúde pública”, resultando em 63 trabalhos, dos quais foram escolhidos 23 trabalhos como fonte de pesquisa³, pois os demais não tratavam especificamente da inserção da psicanálise no ambulatório público. A idéia inicial era de utilizar tais trabalhos, juntamente com artigos e livros referentes ao tema da pesquisa. Porém, mediante a análise de tais materiais foi constatado que a fonte de pesquisa desses trabalhos era, em sua grande maioria, os artigos e livros já selecionados para esta pesquisa. Por isso, este material deixou de ser analisado, com exceção de uma dissertação que trata especificamente da transferência no contexto ambulatorial (Nali, 2002).

Para seleção dos artigos foram utilizados os bancos de dados do Pepsic, Scielo, Bireme, Lilacs, Google acadêmico e revistas psicanalíticas. Os livros foram selecionados em livrarias locais e virtuais. Além disso, houve a indicação de material bibliográfico pelo orientador e pela banca de qualificação do projeto. A consulta feita à lista de referências bibliográficas das teses e dissertações que seriam analisadas também contribuiu como fonte de material de pesquisa.

No primeiro capítulo foi realizado um percurso histórico do ambulatório público brasileiro e da inserção da psicanálise (através da psicologia) no mesmo, fato decorrente, como veremos adiante, das políticas públicas de saúde do século XX e do movimento da Reforma Psiquiátrica e Reforma Sanitária. Em seguida foi feita uma análise sobre o poder da medicina ocidental moderna na sociedade e no ambulatório médico. Tal análise foi necessária porque o ambulatório público brasileiro é dominado pelo discurso médico, e as outras profissões funcionam, de certa maneira, como auxiliares à medicina.

O segundo capítulo consistiu na análise do trabalho psicanalítico nas instituições públicas de saúde. Inicialmente são elencadas as diferenças da medicina e da psicanálise, e as dificuldades do trabalho analítico nesse campo tão distinto do consultório particular. Posteriormente foi analisada a produção psicanalítica levantada sobre o tema da pesquisa e constatado um detalhe relevante: em todo o material selecionado, não houve posturas contraditórias. Em todos os livros e artigos a aposta na prática psicanalítica no contexto ambulatorial é caracterizada com inúmeras dificuldades, mas plenamente

³ Essa pesquisa foi realizada no banco da Capes em 08/10/2007.

possível.

No terceiro capítulo foi feita uma explanação sobre a ética da psicanálise e os conceitos de desejo e transferência. O intuito foi de analisar a possibilidade do trabalho institucional do psicanalista pautado nesses conceitos, pois a clínica fundamentada nos mesmos pode ser caracterizada como psicanalítica, mesmo com características bem distintas da prática exercida nos consultórios particulares. Por último, as considerações finais a respeito da pesquisa, nas quais se conclui que, apesar de ser viável a prática psicanalítica no ambulatório público, tal ofício é abarcado de grandes desafios.

1. O ambulatório público brasileiro

Os serviços de saúde no Brasil trilham dois caminhos – o da saúde pública e o da saúde mental – que atualmente estão submetidos ao mesmo modelo de atenção e partilham do mesmo conceito de saúde⁴. Em ambos a psicanálise se faz presente na figura do médico psiquiatra e do psicólogo. Embora o campo da saúde mental não seja o foco desta pesquisa, é necessário citá-la, pois no Brasil a Reforma Psiquiátrica influenciou, com os seus conceitos e práticas, a Reforma Sanitária. Assim, o percurso histórico desses serviços no século passado é fundamental para o entendimento dos impasses e conquistas da psicanálise nesse campo, é o que veremos a seguir.

1.1. Aspectos históricos dos serviços de saúde no Brasil

O século XX foi palco de grandes mudanças na psiquiatria. Vasconcelos (2002) identifica alguns fatores históricos na constituição de alguns processos de desinstitucionalização no panorama mundial. Os contextos de guerra, intensificando sentimentos de solidariedade, o investimento na reabilitação de soldados e civis com problemas associados à guerra, a escassez de força de trabalho, conjunturas políticas de democratização, desenvolvimento de terapêuticas medicamentosas, mudanças nas formulações epistemológicas, filosóficas e práticas em ciências humanas e no campo psi são exemplos desses processos que contextualizam o percurso da psiquiatria durante o século. No Brasil, ocorreu, sobretudo até meados do século, a construção de muitos hospícios, cada estado da federação teve seu percurso particular, mas sempre afinado com os demais.

Oliveira (2000) explicita que a “teoria da degenerescência” de Bénédict Augustin Morel⁵ influenciou a psiquiatria no Brasil no início do século XX e,

⁴ Em acordo com a Organização Mundial de Saúde, na qual saúde se refere ao bem-estar físico, mental e social. Além disso, a partir da Constituição Federal de 1988, a saúde passa a ser entendida como um direito civil, expresso no Sistema Único de Saúde.

⁵ A teoria da degenerescência de B. A. Morel, formulada em 1857, é baseada no pressuposto de que haveria progressiva degeneração mental conforme se sucedessem as gerações: nervosos gerariam neuróticos, que produziram psicóticos, que gerariam idiotas ou imbecis, até a extinção da linhagem defeituosa (www.fundamentalpsychopathology.org).

decorrente dela, a teoria e prática eugênica⁶ como controle da população. O espaço social era o objeto da medicina, assim, a criação do hospício era a tentativa de inserir o louco em um espaço organizado e disciplinado segundo as normas de higiene.

A saúde pública, por sua vez, percorreu uma trajetória que, segundo Carvalho et al (2001), identifica algumas tendências principais na política de saúde no Brasil. A primeira, denominada sanitarismo campanhista, situa-se entre o início do século passado até 1945. Nesse período as campanhas sanitárias consistiam na principal estratégia de atuação. Na área de assistência individual, as ações eram eminentemente privadas e a assistência hospitalar abrigava e isolava os portadores de doenças mentais, hanseníase e tuberculose. A partir de 1920, começaram a surgir os primeiros embriões do modelo médico-assistencial, que vigorou somente nos anos 60. Surgiu a assistência previdenciária no País, criando uma caixa de aposentadoria e pensões para empregados das empresas de estrada de ferro, portuários e marítimos. Em 1930, o Estado desenvolveu um papel fortemente interventor pelo fato de estar sob o domínio da ditadura de Getúlio Vargas. Nesse ano foi criado o Ministério da Educação e Saúde, que passou a coordenar as ações de saúde de caráter coletivo.

A criação dos direitos sociais, na Constituição de 1934, e das Leis do Trabalho, em 1943, apontam à tendência de proteção social. Com a ordenação da força de trabalho, a atenção psiquiátrica deixou o modelo de exclusão/confinamento e adotou o modelo exclusão/recuperação. A partir de então, surgem os hospitais-colônia, buscando a recuperação dos insanos a partir do trabalho (Oliveira, 2000).

A segunda tendência norteadora da saúde pública, situada entre 1945 e 1960, caracteriza um período de transição. No pós-guerra, o desemprego aumentou e as condições sociais se agravaram no Brasil. A Previdência Social passou a ter uma grande importância e serviu de instrumento político eleitoral do governo. A assistência médica previdenciária passou a consumir recursos cada vez mais significativos. Essa modificação foi decorrente da industrialização do País, que provocou uma acelerada urbanização e assalariamento de parcelas crescentes da população.

A industrialização e a urbanização trouxeram uma mudança no quadro

⁶ *Eugenia* é um termo criado por Francis Galton (1822-1911), que a definiu como o estudo dos agentes sob o controle social que podem melhorar ou empobrecer as qualidades raciais das futuras gerações seja física ou mentalmente. Dessa maneira foi criada uma nova ideologia de melhoria da raça humana através da ciência. Tal estudo foi inspirado na teoria darwinista (Guerra, 2006).

nosológico, assumindo maior importância as doenças de massa, resultantes ou agravadas pelas condições de vida e trabalho em lugar das doenças pestilenciais que atingem a todos. Além disso, com o avanço tecnológico, a assistência médica individual ganhou maior eficácia no diagnóstico e terapêutica, viabilizando o crescimento de um complexo médico-industrial e hospitalar. Esse modelo médico-assistencial privatista, que vigorou hegemônico dos anos 60 até os anos 80, caracterizava-se pelo privilégio da prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada (Carvalho, et al, 2001).

Na década de 1950, a assistência psiquiátrica nacional encontrava-se em crise, com hospitais superlotados, maus tratos e deficiência de pessoal. Na década de 60, a tendência que predominava foi consequência do modelo privatista modernizante, citado no parágrafo anterior. O tratamento do doente mental foi parcialmente entregue à iniciativa privada, decorrendo deste fato o aumento de leitos psiquiátricos nos hospitais privados, e o surgimento da “Indústria da Loucura”, que é caracterizada pela prática médica curativa e individualizada. (Oliveira, 2000).

De acordo com Kahhale (2003), durante o chamado “milagre brasileiro” e sob o estado militarista (1964-1984), a política de saúde andou em acordo com a política econômica, ou seja, crescimento acelerado com elevada taxa de produtividade. Dessa forma, fazia parte do modelo a difusão da ideologia do consumo no conjunto da sociedade e a saúde passou a ser um bem de consumo. Nesse período a assistência à saúde ligada à previdência teve como principal característica a extensão da cobertura, incluindo, a partir de 1971, trabalhadores rurais, empregadas domésticas e trabalhadores autônomos. A ampliação da seguridade social e da assistência médica e a proliferação de contratos com empresas privadas sem o devido controle por parte da previdência criaram condições para corrupção. Esses fatos contribuíram para uma crise econômica na previdência (Carvalho, et al, 2001).

No final da década de 1970, com o fim do milagre econômico, o País foi assolado por uma crise generalizada, com acentuado êxodo rural, perda do poder aquisitivo dos salários e crescimento da população à margem do sistema de assistência à saúde. Esse momento foi crucial para os serviços de saúde do país. Amarante (1995) relata que se iniciou nesse período o movimento da reforma psiquiátrica brasileira, com o surgimento do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), nele

incluído o psicólogo. O MTSM surgiu a partir de denúncias de médicos bolsistas do DINSAM (Divisão Nacional de Saúde Mental) a respeito das condições degradantes da assistência psiquiátrica nacional. Durante um longo período, esse movimento desempenhou o papel principal na formulação teórica e na organização de novas práticas de saúde mental. Pereira (2007) ressalta que a luta antimanicomial tem caráter político de resistência a certos modelos e a certas práticas autoritárias que se impuseram no país de maneira sintonizada ao Estado que se instaurou em 1964.

Também ganhou corpo a Reforma Sanitária, caracterizada pela formulação do pensamento crítico na política de saúde. Surgiram nos departamentos de medicina preventiva das universidades uma proposta originária dos Estados Unidos, a Medicina Comunitária, e o conceito de atenção primária à saúde. Essas idéias se difundiram como forma de oposição ao sistema de saúde de então (Carvalho et al, 2001).

Além da sua base técnico-conceitual, a saúde coletiva organizou-se como movimento sanitário, englobando práticas ideológicas, um verdadeiro movimento contra-hegemônico (Teixeira, 1987). Da união da Academia e da práxis, entre as críticas ao complexo médico-empresarial e o exercício de propostas de descentralização e municipalização, surgiam alternativas, embora ainda embrionárias, que muitas vezes se transformavam em novos cursos, seminários, documentos, reuniões no CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cordeiro, 2004).

Em outubro de 1979 ocorreu o 1º Simpósio de Política Nacional de Saúde, no qual foi aprovado o documento que estabeleceu alguns princípios a serem adotados pela Reforma Sanitária: o direito à saúde, universal e inalienável; o caráter intersetorial dos determinantes da saúde; descentralização, regionalização e hierarquização; participação popular e controle democrático; enfim, o papel do Estado como regulador, ou seja, com o objetivo de impor obstáculos aos efeitos mais nocivos das leis de mercado na área de saúde (Cordeiro, 2004).

A década de 1980 foi marcada por discussões e propostas teóricas, práticas e políticas nas instituições de saúde do Brasil, uma década de transição – da ditadura para a democracia – que culminou, em 1988, com o Sistema Único de Saúde, tendo em seu cerne os conceitos de universalidade no atendimento, integralidade da atenção, descentralização das ações, dentre outras. Com o SUS, a rede básica ambulatorial foi fortalecida, tanto na saúde pública, como na saúde mental, aumentando a capacidade de

atendimento à demanda e possibilitando a contratação de recursos humanos (Carvalho, et al, 2001).

1.1.1. O surgimento do Sistema Único de Saúde

A Reforma Sanitária coincidiu com a crise das políticas públicas em países capitalistas e à derrocada do comunismo. Ocorreram importantes transformações nas ciências e tecnologias aplicadas à saúde, originando um fenômeno em que aspectos relevantes da atenção à saúde foram incorporados às condições básicas de sobrevivência, como no caso de pacientes com AIDS, diabetes, dentre outros. Simultaneamente ao consumismo que se iniciou, como já citado, a década de 1960, e aliado ao exercício de uma clínica restrita, ampliou-se a medicalização social, sobretudo referente aos conflitos subjetivos e sociais (Campos, 2007).

A década de 1980 foi demarcada pela crise fiscal do sistema previdenciário, pois a extensão dos benefícios ocorrida na década anterior não havia sido contemplada pela definição legal de novos mecanismos de financiamento das populações rurais e dos novos contingentes de assalariados urbanos como os autônomos, empregados domésticos e setores informais (Cordeiro, 2004). Nesse período, dois grandes projetos sanitários para o País emergem: as tradições polares dos sistemas nacionais de saúde e a alternativa liberal-privatista (Campos, 2007). Esses pólos são abstratos, funcionam como recurso para identificar como funcionam os sistemas de saúde e os modelos de atenção, uma vez que na prática geralmente encontramos misturas de ambos.

O modelo liberal-privatista é apoiado pelos prestadores privados, sendo os médicos – mas não somente eles – os seus principais atores, especialmente para definir as formas concretas de organização da atenção e da oferta de serviços. Tanto partidos políticos conservadores quanto administradores e outros profissionais que tendem a defender o mercado como ordenador das relações sociais costumam aderir a este projeto (Campos, 2007). Os médicos foram influentes na eleição dos modos pelos quais se ordenaram à expansão do acesso ao atendimento. O discurso favorável à medicina

autônoma contribuiu para a contratação de serviços privados de hospitais e clínicas. Desta forma, houve uma combinação entre intervenção do Estado e expansão dos negócios para médicos, prestadores privados e empresários do ramo de saúde. Até a chegada do SUS, Campos (2007) ressalta que a expansão do acesso ao cuidado médico-sanitário no Brasil ocorreu sem que se invocasse nenhuma forma de socialização da atenção. O Estado, através da Previdência Social, servia como um grande seguro estatal, dinamizando-o muito mais do que o substituindo.

A tradição dos sistemas nacionais emergiu articulada com a luta dos trabalhadores em prol de políticas públicas ou do socialismo. Em alguma medida, a motivação de amplo segmento do movimento sanitário era política, o trabalho era utilizado como uma tática para enfrentamento contra a ditadura, por isso provavelmente, ganhou relevância o lema “saúde e democracia” (Campos, 2007). Alguns de seus integrantes utilizaram conceitos de medicina comunitária, educação popular e atenção primária à saúde, priorizando assim as intervenções locais. Durante a década de 1980, ainda segundo Campos (2007), participantes do movimento sanitário aproximaram-se de políticos, deputados e gestores públicos, influenciando dessa forma a legislação e o ordenamento legal do sistema. Com isso o movimento conseguiu envolver partidos políticos e autoridades governamentais com importantes aspectos do projeto da reforma sanitária. A VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e a Constituinte, em 1988, unificaram essas tendências.

Nas duas décadas da luta pelo SUS, houve uma permanente tensão entre o projeto do SUS e o projeto liberal-privatista. A vitória do primeiro em nenhum momento excluiu o segundo:

A resistência ao SUS deslocou-se da discussão de princípios, em torno de grandes diretrizes, para elementos pragmáticos da implantação do acesso universal a uma rede “integral” de assistência, procurando, contudo, sempre, buscar meios para atendê-los segundo seus interesses corporativos e valores capitalistas de mercado. Resistência permanente a cada programa, a cada projeto e cada modelo de gestão ou de atenção sugerido segundo a tradição vocalizada pela reforma sanitária (Campos, 2007: 08).

A reforma sanitária brasileira, além de adaptar conceitos e diretrizes da tradição socialista ao SUS, acrescentou três novas diretrizes: de criar um sistema descentralizado; a gestão participativa como controle social da sociedade sobre o Estado e a preocupação em implantar um sistema ao mesmo tempo em que elaborava uma crítica teórica do paradigma tradicional da saúde pública e da medicina. Esta terceira

diretriz é apontada por Campos (2007) como bastante característica da reforma brasileira.

Teixeira (1987) lembra que a reforma sanitária, diferentemente das reformas previdenciária, administrativa, tributária e do ensino universitário, não teve origem em uma proposta governamental. Seu projeto fundou-se na noção de crise, referida à prática médica, ao autoritarismo, ao estado sanitário da população e ao sistema de prestação de serviços de saúde.

A concepção de saúde e doença e o modo de organização do cuidado foram repensados. Pode-se dizer que a saúde pública e a clínica foram reinventadas, incorporando conceitos e práticas originárias da saúde coletiva, da reforma psiquiátrica e da política de humanização (Campos, 2007). O SUS, nascido em 1988, ainda se encontra em fase de implantação no Brasil. Seus princípios são: universalidade, integralidade, descentralização, hierarquização e regionalização. A partir dele, a universalidade assume saúde como direito de todos e não só dos trabalhadores registrados em carteira, além da saúde ser um dever do Estado. A integralidade assegura que os serviços devem abarcar da promoção à recuperação da saúde através dos níveis de atenção à saúde, ou seja, da atenção primária à quaternária (Kahhale, 2003).

Os ambulatórios públicos são, geralmente, responsáveis pela média e alta complexidade dos atendimentos (atenção secundária e terciária), o que consiste em diagnosticar doenças ou transtornos e restabelecer a saúde (Kahhale, 2003). Esses centros são formados por equipes de médicos especialistas e outros profissionais, que trabalham habitualmente em prol de objetivos comuns.

1.1.2. A psicologia nos serviços de saúde

Até a década de 1970, o campo de atuação da psicologia era composto por duas dimensões principais: a primeira constituída pela clínica particular era exercida de forma autônoma. A segunda compreendia as atividades exercidas em hospitais e ambulatorios de saúde mental, nos quais estava subordinada aos paradigmas da psiquiatria, ou seja, desenvolvia seu trabalho no modelo de atenção predominante da época, de internação e medicação (Dimenstein, 1998).

De acordo com Marteu & Johnson (*apud* Dimenstein, 1998), o surgimento da psicologia da saúde pode estar relacionado à crescente insatisfação com a medicina moderna, essa motivada pelas dificuldades em englobar uma nova epidemiologia que incorporasse a dimensão subjetiva, fatores sociais e econômicos, e também ao desenvolvimento de terapias psicológicas focadas em queixas físicas, demonstrando que o dualismo cartesiano mente-corpo (base da medicina) deveria ser reexaminado.

No Brasil a participação do profissional psicólogo na área da saúde iniciou-se na década de 1970, com o início de uma ação mais ampla nos cuidados primários. Estes cuidados, anteriormente restritos à ação médica, a partir de então teve a participação da psicologia e do serviço social. Essa inserção decorreu de um movimento mais geral no Brasil, a Reforma Sanitária, e se concretizou no movimento dos psicólogos, através de associações de classe, reivindicando espaço nos centros e postos de saúde (Kahhale, 2003).

A inserção do psicólogo nos serviços públicos de saúde ocorreu no mesmo momento do desenvolvimento da psicologia social comunitária. De acordo com Kahhale (2003), novas concepções passaram a integrar a psicologia clínica, como o caráter global da saúde e a necessidade de trabalhos interdisciplinares na atenção à saúde das populações e da comunidade. Com o advento da Reforma Sanitária, a saúde é entendida como um direito a ser conquistado, envolvendo prevenção e promoção de saúde, além da cura e reabilitação. Essa visão ampliada de saúde propicia um ambiente favorável à entrada do psicólogo.

Dimenstein (1998) afirma que o processo de constituição da psicologia da saúde pode ser mais bem apreendido quando equacionado à composição da medicina social⁷ como campo de saber; e esta teve como objetivo inicial a modernização do ensino

⁷ Embora haja um consenso de que a medicina social tenha iniciado nos anos de pós-guerra, Michel Foucault, cuja posição será esclarecida no próximo item, discorda, compreendendo a medicina moderna como medicina social.

médico e a estimulação da consciência social desses profissionais. O processo de construção dessa área levou cerca de vinte anos, entre a década de 1950 e os primeiros anos da década de 1970. Esse período caracterizou-se por três etapas: o despertar do interesse pelo processo saúde/doença, que possui uma grande diversidade metodológica; a definição ideológica dos integrantes do grupo, que pode ser definida pela crítica ao positivismo e aplicação do materialismo histórico ao estudo do processo saúde/doença; e a terceira fase como aprofundamento da segunda, porém, mais voltada à pesquisa. Apesar de esse movimento ter sido fundamental para a Reforma Sanitária brasileira, ele não foi suficiente para provocar mudanças relevantes na postura e prática dos profissionais médicos.

No caso da psicologia da saúde, Dimenstein (1998) localiza-a ainda na primeira etapa, com a descoberta de novos campos de atuação. Refletir esta atuação de forma mais profunda tem sido o objetivo deste campo de saber.

Benevides (2005) destaca que um dos desafios da psicologia é englobar o aspecto político em sua atuação na saúde pública. Com uma tradição atrelada, ora a uma perspectiva objetivo-positivista, ora a outra interno-subjetiva, a psicologia tende a conceber o indivíduo abstraído de seu contexto, o que culmina em práticas despolitizadas. Faz-se necessário ressaltar que nem todas as correntes psicológicas partilham dessa postura a-histórica. Práticas mais conectadas aos aspectos políticos e sociais têm demonstrado resultados satisfatórios nos diversos níveis de atenção da saúde pública, embora a predominância da medicina com sua matriz positivista tende a estabelecer um ambiente mais acolhedor às correntes psicológicas que melhor respondem a sua demanda, ou seja, a assessoria focal.

O ano de 2006 foi eleito pelos Conselhos de Psicologia como o ano da saúde, e nele ocorreu o primeiro fórum nacional sobre psicologia e saúde pública. Nesse fórum foi debatido, dentre outros assuntos, o desafio de ampliação da presença da psicologia nesse campo, uma vez que a psicologia teria como vocação a promoção do bem-estar e ampliação da qualidade de vida dos indivíduos, dos coletivos e das instituições. Dimenstein (2006) destaca que diante do Plano Nacional de Humanização⁸ a psicologia precisa operar uma série de enfrentamentos relativos à sua base conceitual e ao seu repertório de práticas quando se trata da sua inserção no campo da saúde pública.

⁸ O Plano Nacional de Humanização foi criado pelo Ministério da Saúde, e propõe ações e diretrizes com o intuito de orientar as ações e práticas em todas as esferas do sistema de saúde.

A psicanálise por sua vez esteve, no Brasil, vinculada à psiquiatria na primeira metade do século passado. De acordo com Rocha (1989), com a psicanálise privilegiou-se a relação com o louco, além de se opor, em muitos casos, à idéia de colocar o sujeito no asilo. O afastamento entre a psicanálise e a psiquiatria se deu no momento em que a psicanálise deixou de ser entendida como uma técnica terapêutica da psiquiatria para se constituir num novo tipo de abordagem da doença mental, com características distintas da psiquiatria, fato influenciado também pela criação de instituições psicanalíticas brasileiras.

. A entrada na saúde pública ocorreu através do profissional psicólogo, fato comum até hoje, pois ainda não existe nos quadros funcionais o cargo de psicanalista. Embora se faça presente através da psicologia, a psicanálise enfrenta desafios algo distintos desta, uma vez que não pretende primariamente ampliar a qualidade de vida dos indivíduos, mas propiciar uma escuta diferenciada a quem busca. Tampouco ela objetiva repensar sua base conceitual, mas sim o contrário, fortalecê-la para intervir de maneira adequada nesse campo.

1.2. O ambulatório: território médico

Como já foi exposto no decorrer desta pesquisa, o foco se concentra em um ambulatório de especialidades médicas que tratam de doenças físicas e alguns transtornos psiquiátricos, como a depressão e o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). Os casos de psicose são encaminhados para ambulatórios de saúde mental ou Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

A estruturação do ambulatório de especialidades médicas se dá, como o próprio nome já demonstra, em torno das áreas médicas. Seu funcionamento é regido pela medicina e os outros profissionais da equipe têm, comumente, uma importância secundária e uma autonomia restrita. Apesar de se fazerem presentes alguns médicos que reconhecem a importância das outras profissões, o ambulatório é um território do discurso médico, assunto que abordarei no capítulo 2 dessa pesquisa.

Com a presença marcante da medicina no ambulatório, verificar as possibilidades do trabalho psicanalítico nesse espaço exige um olhar mais cuidadoso para aquele campo. Com esse objetivo, será feito a seguir um percurso por Michel Foucault visando a uma compreensão da potência e soberania da medicina na atual sociedade ocidental.

De acordo com Foucault (2006), a medicina da qual usufruímos atualmente teve início na segunda metade do século XVIII. Nesse curto período de tempo dois eventos culminaram na então nomeada medicina moderna: a transformação do hospital em um ambiente terapêutico e o nascimento da anatomia patológica.

O hospital, importante instituição ocidental desde a Idade Média, não pertencia ao campo médico. Até o século XVIII a tarefa do hospital não era abrigar o doente a ser curado, mas o pobre em vias de morrer, e que deveria receber os últimos cuidados e o último sacramento. Um morredouro no qual a equipe – constituída por religiosos e leigos – se fazia presente por caridade. Dessa maneira o hospital tinha como funções a transição entre a vida e a morte, a salvação espiritual (tanto dos internados, através dos ensinamentos religiosos, quanto da equipe, através da caridade) e a separação dos indivíduos perigosos⁹ à saúde geral da população (Foucault, 2000).

A medicina, por sua vez, nada tinha de prática hospitalar. A formação médica era constituída pelo conhecimento de textos e transmissão de receitas. Foucault (2000) nos ensina que a transformação foi iniciada buscando purificar o hospital dos seus efeitos nocivos e da sua desordem, ou seja, das doenças que ele podia suscitar e proliferar pelas cidades. Contudo, a formação de uma medicina hospitalar deveu-se tanto à disciplinarização do espaço hospitalar, quanto à transformação do saber e da prática médica. No hospital, como em outras instituições, foi aplicada – o termo é de Foucault – uma tecnologia política: a disciplina¹⁰. A introdução dos mecanismos disciplinares possibilitou a medicalização do hospital.

Entretanto, esta disciplina só foi confiada ao médico devido a uma transformação em seu saber. Foucault (2000) explica que a grande mudança ocorrida no

⁹ Loucos, devassos, prostitutas, etc.

¹⁰ “A disciplina é uma técnica de poder que implica uma vigilância perpétua e constante dos indivíduos. Não basta olhá-los às vezes ou ver se o que fizeram é conforme à regra. É preciso vigiá-los durante todo o tempo da atividade e submetê-los a uma perpétua pirâmide de olhares” (Foucault, 2000: 106). Por se tratar de um registro contínuo, nenhum dado escapa a esse saber, a partir do relato de M. Foucault conclui-se que a disciplina inaugurou no hospital o que nos dias atuais nomeamos de prontuário médico.

sistema epistemológico da medicina do século XVIII foi compreender a doença como um fenômeno natural, tal qual a botânica de Lineu, com espécies, características observáveis, curso e desenvolvimento. Assim, a cura é dirigida pela intervenção médica ao que circunda a doença, como o ar, a água, a temperatura ambiente, a alimentação, dentre outras. Com isso a intervenção deixa de incidir diretamente na doença, como era anteriormente praticada.

Essa mudança da postura médica diante da doença, entendendo-a como algo com curso próprio, quase independente do indivíduo, é sem dúvida um importante passo em direção da medicina atual, na qual a doença é o grande foco das atenções, excluindo quase completamente o indivíduo que a possui.

Com essas mudanças constituiu-se um campo documental no interior dos hospitais, os quais passaram a ser um lugar de cura e formação de saber. O saber médico, que até o início do século XVIII se localizava nos livros, passa a ter lugar no hospital: dessa forma uma nova clínica é inaugurada.

O segundo grande acontecimento do século XVIII que contribuiu de maneira direta na constituição da medicina moderna foi o desenvolvimento da anatomia patológica. Foucault (2006) entende que os historiadores atribuíram o novo espírito médico à descoberta da anatomia patológica; porém, o que se deu foi exatamente o inverso. No lugar da corrente explicação de que os maiores obstáculos ao método anátomoclínico foram a religião, a moral e os preconceitos que se opunham a abertura de cadáveres, Foucault relaciona a dificuldade da anatomia patológica com a própria clínica médica. Uma vez que a dissecação de cadáveres já era reconhecidamente praticada há décadas, que possibilitou o desenvolvimento da anatomia patológica de Bichat foi a formação do método clínico.

Anatomia e clínica não têm o mesmo espírito: por mais estranho que possa parecer, agora que a coerência anátomoclínica está estabelecida e enraizada no tempo, foi um pensamento clínico que durante 40 anos impediu a medicina de ouvir a lição de Morgagni. O conflito não é entre um saber jovem e velhas crenças, mas entre duas figuras do saber (Foucault, 2006:139).

A análise proposta pelo método anátomopatológico contribuiu decisivamente, demonstrando que a doença não é um objeto passivo e confuso, como antes era entendida. Foucault ressalta que a anatomia de Bichat fez mais do que dar um campo de aplicação objetivo aos métodos de análise, ele a transformou em um momento

fundamental do processo patológico, pois a realizou no interior da doença. Com isso o antigo objetivo classificatório se reacendeu, ganhou novo vigor, pois a anatomia patológica trouxe fundamentos sólidos ao projeto nosológico da medicina.

O século XVIII foi, portanto, palco de uma reestruturação da medicina, na qual houve uma reorganização epistemológica da doença, em que os limites do visível e invisível tomaram outro rumo. Com a reestruturação do hospital instaurou-se uma determinada relação entre a assistência e a experiência. Situar a linguagem médica no nível de fazer ver e dizer o que vê significou eleger uma nova verdade, implicando no desvelar do cadáver como campo de origem e de manifestação da verdade (Foucault, 2000). A constituição da anatomia patológica na época em que a clínica definia os seus métodos não foi, em nenhum aspecto, uma coincidência, mas sim a sua possibilidade.

O feito de transformar o indivíduo em sujeito e ao mesmo tempo objeto de seu conhecimento, invertendo no saber a relação com o cadáver, revela, segundo Foucault, a importância da medicina para a constituição das ciências do homem.

É que a medicina oferece ao homem moderno a face obstinada e tranqüilizante de sua finitude; nela, a morte é reafirmada, mas, ao mesmo tempo, conjurada; e se ela anuncia sem trégua ao homem o limite que ele traz em si, fala-lhe também deste mundo técnico, que é a forma armada, positiva e plena de sua finitude (Foucault, 2006:218).

A medicina moderna iniciada no final do século XVIII desenvolveu até os dias atuais um crescente poder sobre a sociedade ocidental. Foucault (2000) caracteriza essa medicina como social, com ela é possível operar um controle da sociedade sobre os indivíduos, pois o controle não é feito apenas pela consciência ou ideologia, mas também com o corpo. Aliás, é no corpo que o controle é iniciado.

Foucault (2000) relata três etapas na formação da medicina social: a medicina de Estado, desenvolvida principalmente na Alemanha no início do século XVIII; a medicina urbana, desenvolvida na França no mesmo período; e a medicina da força de trabalho, desenvolvida na Inglaterra¹¹, sendo esta a fórmula bem-sucedida. Iniciada no século XIX, ela se baseou na idéia de uma assistência controlada aos pobres, na qual a intervenção médica tem tanto o objetivo de ajudar essa parcela da população a satisfazer suas necessidades de saúde, quanto o de efetuar um controle pelo qual as classes abastadas assegurassem a sua própria proteção. Assim foi traçada uma faixa sanitária,

¹¹ A completa reconstituição dessas três etapas é realizada por Michel Foucault no capítulo V do livro *Microfísica do Poder* (2000).

oferecendo tratamento gratuito ou com preços acessíveis aos pobres e protegendo os ricos das epidemias iniciadas nas classes proletárias. Com isso foram realizadas intervenções em locais insalubres, verificações de vacina e registros de doenças.

De modo geral, pode-se concluir que a medicina surgida no século XIX, principalmente na Inglaterra, é essencialmente um controle de saúde e do corpo das populações mais pobres para torná-las mais aptas ao trabalho, além de oferecer menores perigos às classes mais ricas. Esse modelo inglês possibilitou a ligação de três fatores fundamentais: a assistência médica aos pobres, o controle de saúde da força de trabalho e um esquadramento geral da saúde pública (Foucault, 2000). Dessa maneira, a medicina social inglesa permitiu a realização de três sistemas médicos superpostos: uma medicina assistencial destinada aos mais pobres; uma medicina administrativa encarregada de problemas gerais como a vacinação; e uma medicina privada destinada aos que tinham recursos para usufruí-la. Essa medicina surgiu em tempos de fortalecimento do sistema econômico capitalista, nutrindo-o e sendo nutrida por ele. Nessa bem-sucedida relação, a medicina se transforma em um dos mais potentes mecanismos de controle da modernidade, atingindo a sociedade desde a esfera mais coletiva até o âmago de cada indivíduo.

Machado (2000) explica que o conceito foucaultiano de poder não se refere a um objetivo natural, nem a uma coisa; mas, como uma prática social, constituída historicamente e que não é exercida somente pelos governos e de maneira autoritária, o poder se faz presente em todas as relações. Além disso, o poder não é só repressivo e muito menos negativo; pelo contrário, ele possui uma eficácia produtiva e por isso tem como alvo o corpo humano, buscando aprimorá-lo e ao mesmo tempo adestrá-lo. Pode-se entender assim a importância da medicina na constituição e manutenção da sociedade ocidental moderna. Machado nos lembra que a grande importância desempenhada pelas relações de poder disciplinar nas sociedades depois do século XIX vem do fato delas não serem negativas. A partir disso Foucault apresenta a tese de que o poder é produtor da individualidade. Diante da idéia segundo a qual o poder capitalista massifica e descaracteriza, Machado relata justamente o contrário: o nascimento da prisão propiciou o indivíduo encarcerado, assim como os hospícios produziram o louco como doente mental.

Obviamente que nem todo poder individualiza. Esse tipo específico de poder é

chamado por Foucault de disciplina, sendo a medicina um bom exemplo. Mas que não é a única, pois não se deve esquecer das ciências humanas.

A ação sobre o corpo, o adestramento do gesto, a regulação do comportamento, a normalização do prazer, a interpretação do discurso, com o objetivo de separar, comparar, distribuir, avaliar, hierarquizar, tudo isso faz com que apareça pela primeira vez na história esta figura singular, individualizada – o homem – como produção do poder. Mas também, e ao mesmo tempo, como objeto de saber (Machado, 2000: 20).

Foucault (2002) define a disciplina como um princípio de controle da produção do discurso, na qual são fixados os limites pelo jogo de uma identidade que tem a forma de uma reatualização permanente das regras. Ou seja, no interior de cada campo de saber há regras que definem como deve caminhar a produção de novas verdades e o que não deve ser abarcado. Uma linha divisória, traçada a partir da raiz epistemológica de cada campo, garante a identidade dentro das disciplinas. O discurso de cada disciplina valoriza determinados saberes, bem como exclui outros, criando uma diferença entre verdade e verdadeiro (Foucault, 2002). Dessa forma o que cada disciplina busca é o verdadeiro, sendo este definido e delimitado por cada discurso. Uma vez que a medicina é um discurso distinto da psicanálise, há no seu interior delimitações, valorizações e interesses distintos da psicanálise, fato responsável pela dificuldade do trabalho no ambulatorio, pois a proposta ambulatorial é de trabalho em conjunto.

Clavreul (1983) aponta que na prática os médicos estão pouco interessados pela maneira como se escreve a história. A medicina é a-histórica e evolucionista, filiada à filosofia positivista, na qual o interesse é voltado apenas aos fatos, que pretendem descrever a realidade de forma objetiva.

A partir do nascimento da clínica até a atualidade, a medicina científica moderna desenvolveu entre a maioria de seus pesquisadores e praticantes uma concepção mecanicista e analítica, na qual o todo é dado pela soma das partes, baseada em uma noção de causalidade linear. Na lógica hegemônica da biociência, estuda-se o que ocorre na realidade objetiva, pois a realidade está dada e à espera do cientista. Portanto, a realidade objetiva da doença manifesta-se através de dados objetivos que são obtidos de maneira sistemática pelas pesquisas científicas e através dos doentes (Tesser & Luz, 2002).

Além disso, como lemos em Queiroz (1986), a medicina científica ocidental sofreu um processo de expansão a partir da segunda grande guerra, consolidando um

modelo baseado numa sofisticação tecnológica sem precedentes. Este salto permitiu-lhe uma congruência ainda maior com o sistema produtivo na medida em que aumentou significativamente o seu poder de intervenção no corpo humano a fim de moldá-lo às necessidades da produção. A partir do seu enfoque positivista, no qual não reconhece o papel da sociedade e da cultura na determinação não só do objeto do conhecimento como da maneira de abordá-lo, a medicina caminha como ciência detentora da verdade do ser humano.

Clavreul (1983) destaca que por ter a doença como objeto, a medicina contribui para a construção do estatuto do homem normal, e com isso coopera na constituição da própria civilização, estabelecendo a saúde como um dever imposto a todo cidadão.

(...) é a constituição da medicina como discurso que a funda, e a funda como científica. Discurso completamente ligado e articulado ao discurso dominante. Pois sob a cobertura de objetividade dos resultados consignados e dos efeitos do saber adquirido, a intenção do autor do discurso médico (quer dizer, de cada médico) permanece sempre que existe sobre o homem um discurso que cada indivíduo em particular não pode reconhecer, mas que, entretanto, tem o poder de transformar a humanidade afastando dela esses contingentes, inessenciais ao homem que são as doenças. Esse discurso constitui uma ordem das coisas em relação à qual cada um terá de se situar, para aceitá-la ou recusá-la (Clavreul, 1983: 74).

Essa normatização da medicina quanto à busca da saúde é tão efetiva que, em muitos casos, é negado ao cidadão o poder de escolha sobre sua vida¹².

A partir da explanação feita sobre o campo da medicina, disciplina onipresente no ambulatorio, conclui-se que a psicanálise adentra um campo dominado pelo olhar positivista, o qual se difere radicalmente do seu. A dificuldade dessa inserção é que será tratada a partir do próximo capítulo.

¹² Podemos citar a polêmica da eutanásia e a rotina médica de decidir o tratamento de um paciente internado junto à família do mesmo, vetando-lhe o poder de decisão.

2. A psicanálise na instituição

A presença da psicanálise no ambulatório público de certa maneira foi prevista por Freud em “Linhas de Progresso na Terapia Psicanalítica” ([1919] 1974), quando defendeu que em algum momento a sociedade despertaria para a necessidade de oferecer a escuta analítica a toda população, não importando a classe social. Ele próprio cogitou de criar instituições gratuitas compostas por analistas e para as quais os pacientes seriam encaminhados. Em 1920, Karl Abraham – discípulo de Freud – juntamente com Max Eitingon e Ernst Simmel inaugurou o Instituto Psicanalítico de Berlim¹³. O Instituto de Berlim possuía uma policlínica, na qual eram desenvolvidos tratamentos terapêuticos, estes eram gratuitos para os menos favorecidos e pagos, em graus variáveis, para os outros pacientes (Roudinesco & Plon, 1998). Tal proposta terapêutica serviu de modelo para vários países, e é praticada por diversas instituições psicanalíticas até hoje.

Os ambulatórios públicos brasileiros diferem em dois aspectos fundamentais da conjectura de Freud. Em primeiro lugar, as instituições são constituídas por equipes interdisciplinares e não somente por analistas. Em segundo, e mais importante, é que, marcadas pelo discurso médico, essas equipes tendem a preferir terapias psicológicas focadas no ajustamento de comportamentos e emoções do paciente, para que este responda de maneira adequada ao tratamento médico ao qual estiver submetido. A psicanálise, assim como no tempo de Freud, ainda – e talvez mais do que nunca – difere radicalmente do discurso dominante nessas instituições, marcando um ponto de resistência à concepção do paciente como passivo, alienado, a-histórico e desprovido de qualquer saber referente a si próprio.

Como já exposto no capítulo anterior, a medicina é amplamente discutida nessa pesquisa por ser o campo de saber dominante nos ambulatórios, e também porque as outras profissões constitutivas das equipes interdisciplinares tendem a partilhar da mesma visão epistemológica sobre o paciente. Nascida em berço positivista, a medicina ocidental aí permanece, fundamentando seu saber na objetividade e tendo historicamente como fonte de conhecimento o cadáver e as pesquisas experimentais

¹³ *Berliner Psychoanalytisches Institut* - O instituto exerceu um papel relevante na elaboração dos princípios da análise didática, servindo de modelo para outros institutos que foram posteriormente criados. O instituto sistematizou, em 1923, a formação analítica através dos três preceitos utilizados até hoje: a análise didática, o ensino teórico e a supervisão. Em 1930, Ernest Jones disse que Berlim era o coração de todo o movimento psicanalítico internacional. A partir de 1933 o instituto foi perdendo a sua força até ser extinto devido ao regime nazista (Roudinesco & Plon, 1998).

com pequenos mamíferos. Discutir as diferenças do discurso médico em relação ao discurso psicanalítico guarda assim todo interesse para esta pesquisa, pois delas provêm as dificuldades encontradas pela psicanálise para se fazer efetiva nesse terreno.

Clavreul (1983), em seu livro “A Ordem Médica” produziu uma das mais importantes análises da medicina moderna sob a visão psicanalítica. Apesar de o livro ter sido publicado há mais de vinte anos, ele continua atual – pois a medicina continua se posicionando da mesma maneira – e amplamente utilizado nas pesquisas referentes a esse tema. Inicialmente ele destacou a diferença entre toda a produção teórica do campo médico e o seu efetivo exercício, pois as obras que tratam da medicina podem contribuir tanto para afirmar a ideologia médica como para combatê-la; porém, nada disso influencia efetivamente o discurso médico, porque este caminha absoluto, seguindo suas próprias leis e determinando a relação médico-paciente.

O discurso médico, segundo Clavreul, retira o paciente de sua posição subjetiva e de seu sofrimento, e destitui o médico de seus sentimentos. Nessa relação o paciente se transforma em uma doença, uma nomenclatura do CID 10 ou do DSM IV, e o médico, num mero representante do saber. Por isso a relação médico-doente não existe, o que ocorre de fato é a relação instituição médica-doença. Nessa relação não cabe subjetividade de nenhuma das partes, pelo contrário, a subjetividade só é entendida como um empecilho, algo que deve ser barrado.

Freud ([1926] 1974) destacou em seu texto “A Questão da Análise Leiga” que a formação recebida pelo médico é oposta à indicada ao psicanalista. O médico deve dirigir sua atenção a fatos objetivamente verificáveis e disso depende o êxito do tratamento. Dessa forma a medicina não se preocupa com os aspectos psíquicos do paciente, com exceção da psiquiatria. Não por acaso a psiquiatria foi um campo renegado pela medicina científica, mesmo vista como portadora de certa dose de charlatanismo.

Clavreul (1983) nos lembra que a transferência¹⁴ – considerada pela psicanálise como condição fundamental do trabalho analítico – é desconsiderada pela medicina, que a recusa, embora saiba de sua existência. O médico conhece, ainda que minimamente,

¹⁴ A transferência é considerada como fundamento para que ocorra o processo analítico. Tal conceito foi detalhado por Freud em 1912 no artigo “A dinâmica da transferência”, e relacionado com a repetição de conteúdos inconscientes na relação com o analista, no texto “Recordar, Repetir e Elaborar” (1914). O conceito de transferência é discutido no item 3.3 desta pesquisa.

as manifestações transferenciais dos pacientes, como os sentimentos afetuosos e a crença numa onisciência do médico sobre seu corpo e sua mente. “Ela [a medicina] quer conhecer as paixões apenas para frustrar seus efeitos” (Clavreul, 1983: 103). Isso se confirma diariamente nos consultórios médicos, tanto que a queixa do paciente referente à dor (conceito amplo e subjetivo) é rapidamente traduzida pelo médico para sintomas ou distúrbios referentes ao seu vocabulário. Nessa relação, o saber se coloca ao lado do médico e o desejo ao lado do paciente. Este demanda ao médico, detentor do saber sobre o seu corpo, que lhe dê a cura. Embora se saiba que muitas vezes não é este o verdadeiro desejo do paciente¹⁵. Tendo como objetivo maior definir o estatuto de homem normal, elegendo-o como ideal de todo e qualquer indivíduo, a medicina construiu um modelo de ser do homem moderno, no qual prolonga ao máximo a vida, adiando a morte a qualquer preço.

Clavreul (1983) encontra elementos teóricos desse fundamento do discurso médico em Freud, pois a medicina funciona como um fiel escudeiro do princípio de realidade, adiando incansavelmente a resolução do estado de tensão que se dá na morte. Por isso ensina o homem moderno a viver, comer, dormir e se relacionar sexualmente. Defende uma vida equilibrada, sem excessos e sem paixões. Seria por esse motivo que a seu ver, a medicina desconfia do desejo e da busca do prazer do paciente, pois a ordem do desejo é contrária à ordem médica. O princípio do prazer deve ser adestrado pelo princípio de realidade. Podemos acrescentar um elemento à análise de Clavreul, talvez, muito mais do que o princípio do prazer – o qual conduz o princípio de realidade –, o gozo seja a grande dificuldade da medicina, pois o mesmo é fator determinante em transtornos como a anorexia, a bulimia e a toxicomania, além de atuar em muitos, e quaisquer, outras patologias catalogadas pela medicina.

Retornando à análise de Clavreul, no texto “O mal estar na civilização” ([1930] 1974), Freud afirma que o princípio do prazer se encontra em desacordo com o mundo inteiro; todas as coisas lhe são contrárias, e como tantas outras disciplinas, a medicina corrobora os objetivos sociais pautados no princípio de realidade. Ele expõe o sofrimento humano como advindo de três direções: do próprio corpo, do mundo externo e dos relacionamentos com outras pessoas. Contudo, em última instância o sofrimento nada mais é do que uma sensação, pois só existe o que se sente. Freud considerou que a

¹⁵ Apesar do sofrimento que a doença ocasiona ao paciente, os ganhos secundários que a mesma pode proporcionar justificam o desejo do paciente de permanecer doente.

medicina fracassa na tentativa de minimizar o sofrimento prolongando a vida, já que esta não deixa de ser difícil, com poucas alegrias e repleta de sofrimento¹⁶. Atualmente a medicina é mais bem sucedida, pois conta com o apoio de um farto cardápio de medicações psicotrópicas que prometem a redução do sofrimento. Sendo o sofrimento uma sensação, como tal localizada no corpo, o campo médico declara-se sabedor desse sofrimento, afinal, o corpo é o seu objeto de estudo e está sob seu domínio de conhecimento.

O saber é o que fundamenta e organiza o discurso médico. Clavreul (1983) destaca que desde o início de sua formação o médico já aprende que não poderá saber tudo. A medicina instrui o sentido de subordinação e de respeito ao mestre. Na escala mais inferior, ocupando o lugar de nada-saber, está o paciente, o qual deve recorrer ao médico, representante da ciência; este por sua vez terá algum médico acima dele que será maior conhecedor da doença e assim sucessivamente, pois a hierarquia não possui limite para cima.

O doente supõe que o médico sabe mais que ele (seu organismo), o médico supõe que o especialista, o patrono, sabe mais que ele, e o patrono supõe que em algum lugar (no futuro) existirá um saber totalizador. O que é constituinte desta hierarquia é o “não-saber” do organismo diante de sua doença, e o médico se acha promovido ao papel de “sujeito suposto saber” por este fato (Clavreul, 1983: 149).

Nessa crença positivista de eterno progresso do conhecimento, através do qual num momento futuro o objeto (a dor, o sofrimento e a morte) será totalmente conhecido e dominado, é que está alicerçado o sucesso da medicina. O principal argumento a seu favor não é a resolutividade dos casos, mas a promessa disso. A promessa refere-se tanto ao indivíduo, quanto a toda a humanidade (Clavreul, 1983). A sociedade ocidental como um todo deposita fé na tecnologia médica e nos seus avanços. Comumente as pessoas se regozijam no fato de viverem em uma época em que a medicina esteja tão evoluída e esperam apreensivas pelas novas descobertas, para que alonguem ainda mais a vida de todos. Há com isso, a crença de que dias melhores virão.

De acordo com Clavreul (1983), a demanda do paciente é a entrada no discurso

¹⁶ As reflexões de Freud se referem a sua época, o início do século XX, na qual o recalque governava a vida dos sujeitos. De acordo com Melman (2008), o século XXI se inicia com uma nova estruturação social, onde a pulsão domina os modos de relação. A ordem é a livre expressão e a busca desenfreada por satisfação. A limitação e a frustração são, cada vez mais, intoleráveis aos sujeitos. Uma maior discussão a respeito do tema se encontra no livro “O homem sem gravidade – gozar a qualquer preço” (2008) de Charles Melman e também no livro “Por que a psicanálise?” (2000) de Elisabeth Roudinesco.

médico, muito mais do que desejar a cura (nem sempre é isso que ele busca), o paciente quer ser reconhecido pelo médico, que este diga o que ele tem e, se possível, o que é. Diferentemente do psicanalista que faz semblante a esta posição, ou seja, encarna sem se identificar, o médico se identifica a tal posição. Pode-se comparar esta situação à entrada da criança no discurso de sua mãe.

Pois, do mesmo modo que o doente não pode ele próprio assegurar sua cura, a criança, em sua prematuração não pode satisfazer por ela própria os imperativos de suas necessidades. É por seus gritos inarticulados que ela dá testemunho de suas necessidades (Clavreul, 1983: 155).

Clavreul (1983) explica que com a entrada no discurso do Outro, o doente almeja um reencontro com o *objeto a*¹⁷, este encarado como a lembrança de um socorro que assegure um gozo¹⁸ em seu próprio corpo. Por isso o discurso médico, assim como o discurso da mãe, é totalizante. Da mesma maneira que a mãe interpreta os sons da criança e diz o que significam, o médico interpreta as queixas do paciente e lhe agrega um diagnóstico.

Sobre o discurso mesmo do paciente (o sofrimento) o médico não quer saber. Em “Psicanálise Silvestre” ([1910] 1974), Freud advertiu sobre as possíveis consequências de um diagnóstico que parta exclusivamente da queixa do paciente. A medicina, mesmo com todo o aparato tecnológico de exames, tem essa forma de diagnóstico como padrão; e não poderia ser diferente, pois, como defende Clavreul, o paciente só existe para o médico como um sintoma, ou seja, na medida em que é formulável nos significantes constituintes de um quadro nosológico. Nessa lógica não há espaço para a fala do paciente, este não possui saber que interesse ao campo médico.

O discurso médico é, por todos os fatores expostos, semelhante ao discurso do mestre proposto por Lacan no seminário 17 “O avesso da psicanálise”. Para Lacan, todo

¹⁷ O *objeto a*, foi proposto por Lacan a partir da condução freudiana à questão do objeto da pulsão, na qual há um objeto perdido em jogo na repetição (Kaufmann, 1996). Coutinho Jorge (2008) esclarece que o objeto *a* é apenas a presença de um vazio, que pode ser ocupado por qualquer objeto. “O objeto *a* é a causa de desejo. Não representável como tal, “perda” implicada pela fala, mas que vai dar lastro ao conjunto da cadeia signifiante, ele vai, por isso, dar ao sujeito “sua consistência” – consistência paradoxal, já que só se sustenta por essa perda” (Melman, 2008: 207). O entendimento de tal conceito só é possível a partir de outros dois conceitos psicanalíticos: desejo e pulsão, o primeiro é discutido no capítulo 3 desta pesquisa.

¹⁸ O gozo é a satisfação da pulsão de morte, ele está para além do prazer, por isso não pertence à cadeia signifiante, pois ele é da ordem do real (Coutinho Jorge, 2008). Kaufmann (1996) lembra que apesar de o princípio do prazer se constituir como barreira para o gozo, ele não deixa de permitir o seu acesso. A clara manifestação da pulsão de morte é notada na toxicomania, por exemplo. Pois o sujeito se empenha na obtenção do gozo absoluto sem a mediação dos processos sexuais (Jorge, 2008).

discurso compreende quatro elementos: S_1 , o significante mestre; S_2 , o saber (cadeia de significantes constituídos); a , mais-gozar e $\$$, sujeito barrado do significante (Jorge, 1983).

Sendo estes os elementos fundamentais de todo discurso, a diferença entre cada um dos quatro discursos propostos por Lacan se define por qual elemento toma o primeiro lugar, pois os outros três se organizarão em torno dele¹⁹. O discurso do mestre, definido como o primeiro, tem como agente o mestre (S_1), podendo este discurso, de acordo com Lacan (1992), ser reduzido a esse significante, pois tal significante já representa o mestre. Clavreul (1983) explica que o êxito do discurso do mestre se encontra no fato de que nele a pretensa objetividade do cientista é retirada da subjetividade do autor, com isso, a subjetividade ainda se faz presente, porém, não exerce nenhuma influência para a inteligibilidade do texto.

Portanto, o discurso do mestre se sustenta independentemente da subjetividade do que o anuncia (o médico) e do que o escuta (o paciente). Por ser o discurso médico muito semelhante ao discurso do mestre, a relação médico-paciente se funda a partir da exclusão da subjetividade de ambos. Como essa exclusão não consegue ser total, ficam resquícios nessa relação. Da parte do paciente pode-se identificar essa subjetividade nos sentimentos de medo, angústia e pudor, e no médico, no receio de prejudicar a objetividade necessária ao diagnóstico e ao plano terapêutico. Tendo assim o saber (o médico) em oposição ao desconhecimento (o doente), o que caracteriza uma relação profundamente desigual.

Não há somente uma desigualdade de fato na relação médico-doente. É uma desigualdade de direito, porque é o discurso do mestre que faz as leis. O discurso do doente é desacreditado de antemão não somente em razão do sofrimento e da angústia que o “impedem de raciocinar corretamente”, mas porque o único discurso sobre a doença é o discurso do médico. O resto é literatura (Clavreul, 1983: 214).

O produto resultante do discurso do mestre é a constituição do objeto (nota de

¹⁹ Os quatro lugares que os elementos ocupam para constituir um discurso são: o agente → o Outro
a verdade a produção

Os discursos são:

o do mestre, $\frac{S_1}{\$} \rightarrow \frac{S_2}{a}$ o da histórica: $\frac{\$}{a} \rightarrow \frac{S_2}{S_1}$ o universitário: $\frac{S_2}{S_1} \rightarrow \frac{a}{\$}$ e do analista: $\frac{a}{\$} \rightarrow \frac{\$}{S_1}$

rodapé 19). Este vem ocupar o lugar de *objeto a* como lugar de causa do desejo. No caso do discurso médico, esse objeto é a doença. Para o doente é a medicação que ocupa o lugar desse objeto de gozo, tão atuante, que todas as pesquisas de medicamentos tentam se precaver do efeito placebo da medicação.

Nessa equivalência da medicação ao *objeto a*, Clavreul destaca a medicação psicotrópica:

Todos os medicamentos ditos psicotrópicos, este refúgio para os fracassos da medicina, têm o mesmo destino de servir tanto para a intoxicação do doente como para o seu alívio. São portadores da função do “objeto a”. Estão verdadeiramente no lugar do que não pode ser dado. (Clavreul, 1983: 220).

Nessa relação desigual, o paciente se assujeita porque crê que o saber está realmente com o médico. Este se coloca como senhor da relação e o paciente como o escravo²⁰. Lacan (1992) escreve que “Nada indica, com efeito, de que modo o senhor impõe a sua vontade. Mas não há dúvida de que aí é preciso um consentimento” (Lacan, 1992; 28).

A medicina ocidental moderna é dominante porque está estreitamente ligada à cultura de sua época. Assim como durante muitos séculos os indivíduos se colocavam a mercê dos dogmas religiosos por crerem que Deus detinha a solução de seus sofrimentos, nos tempos atuais a ciência ocupa o lugar de Deus e o médico, como seu representante, é o novo senhor que tem o poder de curar a doença, minimizar o sofrimento e afastar a morte.

Por ser o representante da ciência, ou seja, do saber, a medicina também se assemelha ao discurso universitário, o qual tem o saber como agente (nota de rodapé 19). Quinet (2001) escreve que o discurso do mestre moderno é o discurso universitário, pois nele o saber científico assume o lugar do mestre, causando com isso uma tirania do saber, o qual exige obediência à verdade da ciência.

(...) no discurso universitário da ciência tudo que é tratado pelo saber é considerado um objeto de gozo, inclusive quando são homens e mulheres tratados epistemicamente. Trata-se, pois, de objetivar, de objetizar para aplicar o saber, o que, no âmbito médico, não é segredo nem novidade (Quinet, 2001: 15).

²⁰ Dialética hegeliana do senhor e do escravo utilizado por Lacan no seminário 17, “O avesso da Psicanálise”.

Ao contrário dessa normatização do saber como produtor da verdade sobre o sujeito, a psicanálise localizará essa verdade no próprio sujeito, como discutiremos a seguir.

2.1. A proposta de um novo discurso

A psicanálise, por sua vez, surge no final do século XIX como resultado das investigações clínicas de Freud. Com a descoberta de um inconsciente não-caótico e suas manifestações, acreditava que trazer à consciência esses conteúdos e interpretá-los poderia conduzir o paciente à cura. Ele situava a psicanálise como uma ciência da natureza, porque o seu objeto (o inconsciente) seria um fragmento da realidade e o seu método respeita as articulações desse objeto, definido por conceitos e leis universais que regulam suas manifestações. Ele definia como universais porque, apesar de singularidade de cada sujeito, o inconsciente se fazia presente em todos eles, sem exceção. Além de que no texto “Totem e Tabu” ([1913] 1974), Freud, baseado em vários estudos sobre sociedades primitivas, defende a universalidade da lei do incesto, e a partir dele, também do complexo de Édipo. A classificação como ciência da natureza se justificava porque, para Freud, a psicanálise pretende explicar, e não compreender, como as chamadas ciências do espírito. A concepção de Freud era que o objeto da teoria psicanalítica poderia ser discutido de maneira universal, independente das formas singulares de manifestação nas pessoas (Mezan, 2002) ²¹.

É evidente a herança funcionalista de Freud, ou seja, a idéia de em tudo haver uma função e uma inter-relação entre os fenômenos psíquicos. Para Figueiredo (2002) “é o totalitarismo deste determinismo funcional que impõe uma decifração de sentido e

²¹ Mezan (2002) expõe que a divisão entre as ciências naturais e ciências humanas já não se sustenta na oposição entre universal e singular e nem na oposição entre explicação e compreensão, mas no método adotado. Dessa maneira, o método experimental utilizado quando a singularidade é irrelevante (ciências da natureza) e os métodos não experimentais quando a singularidade é relevante, mesmo esse buscando alcançar o supra-singular. Portanto, nessa definição a psicanálise se situa nas ciências humanas.

uma identificação de intencionalidade, mesmo aonde os eventos parecem seguir uma causalidade mecânica ou ocorrer aleatoriamente” (p 97).

Porém, a noção de conflito psíquico, primordial para a teoria psicanalítica, diferencia-a do funcionalismo puro, pois não há uma finalidade essencial em todos os componentes psíquicos. Além disso, o viés positivista de Freud, no qual tudo pode ser trazido à consciência através de um caminho em direção da cura é golpeado pela introdução, em 1920, da noção de pulsão de morte. A partir daí, o objetivo de “conscientizar” o inconsciente deixa de ser clinicamente viável, pois há algo impossível de ser interpretado²².

Afastando-se do funcionalismo e do positivismo, a psicanálise trilha um caminho próprio em seu uso específico. Ela é uma forma de investigação e, ao mesmo tempo, uma intervenção clínica (Freud *apud* Aguiar, 2006). Em 1926, discutindo a utilização da psicanálise pela medicina, Freud frisa a diferença de ambas. Ele explica a formação do médico como oposta a qual ele julga necessária para a psicanálise, pois a atenção do médico é voltada para fatos objetivamente verificáveis. Mas não condena a unilateralidade da medicina: segundo ele, toda ciência, inclusive a psicanálise, é unilateral.

Depois de Freud, a psicanálise sofre desvios, principalmente nos Estados Unidos, a pátria da “psicologia do ego”, perdendo sua característica principal, qual seja o reconhecimento de um sujeito pulsional. A psicologização da psicanálise coloca-a a serviço da adaptação do indivíduo ao meio. Ora, “diversamente da psicologia, o termo psicanálise pressupõe ir além do comportamento, assim como da consciência, em direção ao inconsciente” (Violante, 2000:112).

Por isso Lacan propõe o “retorno a Freud”, visando retomar a psicanálise de maneira distinta dos rumos trilhados por muitos dos pós-freudianos. A partir de Lacan e suas proposições, a psicanálise toma referências da lingüística de Saussure e, por essa via, do estruturalismo, com a sua famosa frase “o inconsciente é estruturado como uma linguagem”²³. Pode-se também encontrar nesta leitura uma preocupação de situar (ou não) a psicanálise como ciência. Na psicanálise de Lacan, o que interessa é o sujeito não

²² Em 1920, Freud descreve uma tendência dominante da vida psíquica em remover a tensão interna, buscando uma constância a qual ele compara com o princípio de Nirvana. Essa força destrutiva que visa o retorno ao inanimado, nomeada pulsão de morte, opõe-se à pulsão de vida (anteriormente dividida entre pulsões do eu ou autoconservação e pulsões sexuais).

²³ Tal citação pode ser encontrada no seminário XI de Jacques Lacan.

reduzido a uma lista de características pessoais e conhecido por descrições das disciplinas científicas (Machado Pinto, 2000). Lacan propõe ser a psicanálise uma contra-ciência, pois a ciência busca uma verdade que não existe: afinal, cindido, o sujeito jamais retomará a unidade desejada. A discussão acerca da cientificidade da psicanálise é algo sempre em pauta e que divide opiniões, inclusive dos psicanalistas.

Seja como for, conforme a concepção de Freud, ela é uma ciência, uma vez que, como mencionado anteriormente, possui objeto, método, produz conceitos e leis que regulam as manifestações (do inconsciente). Porém, o que a psicanálise propõe vai de encontro à proposição da ciência (positivista), pois o seu objeto nada mais é do que o sujeito dividido, pulsional, chocando-se com o sujeito do conhecimento. Essa cisão da psicanálise lacaniana com a ciência é, segundo Dor (1993), entendida de maneiras diferentes por positivistas e psicanalistas.

Enquanto que os positivistas confirmam a constatação do fracasso que significa a irreducibilidade da psicanálise às condições epistemológicas exigidas pela ciência, os psicanalistas consideram essa recusa e a promulgam como o elemento de explicação capaz de promover um nível de inteligibilidade superior (Dor, 1993:34).

Freud ([1925] 1974) relata que a direção tomada com suas investigações psicanalíticas não encontrou a simpatia dos médicos, afinal, eles aprenderam a respeitar fatores anatômicos, físicos e químicos. Não estavam preparados para considerar os fatores psíquicos. Na introdução das “Conferências Introdutórias sobre a Psicanálise” ([1917] 1974), ele explica que, diferentemente do que ocorre na formação psicanalítica, na formação médica o professor pode ser comparado a um guia ou intérprete que acompanha os alunos por um museu, pois estes podem ter um contato direto com os objetos exibidos e se convencerem de tais fatos mediante às suas próprias percepções. Com o avanço da empreitada tecnológica a partir de meados do século XX, essa antipatia só aumentou. A psicanálise é hoje considerada por muitos como uma teoria ultrapassada, que teve sua importância datada.

Ser considerada ultrapassada pela corrente científica positivista talvez seja para a psicanálise a confirmação de sua efetividade. Primeiro porque não compartilha com esse modelo massificado e normativo de homem e, segundo, porque se estivesse ultrapassada não seria foco de tanta resistência e críticas. No ambulatório, o mal-estar causado pela presença do psicanalista é notável, principalmente por não partilhar do discurso médico,

identificado ao discurso do mestre.

De acordo com Lacan (1992), o discurso do analista é, na verdade, o avesso do discurso do mestre (ver nota de rodapé 19). Isso porque enquanto no discurso do mestre há um princípio superegóico, ao qual todos devem se curvar e se adaptar, pois o mestre (o médico) é o sujeito que sabe, no discurso do analista a ordem do mestre é colocada em questão. No momento em que Freud fez a passagem da sugestão para a escuta do sujeito em livre associação, ele rompeu com a tradição milenar de psicoterapia²⁴ – a qual também está alicerçada no discurso do mestre – e fundou uma nova escuta, a do analista, e com isso, um novo laço social. A postura de sujeito que sabe, o mestre, deu lugar, conforme a expressão lacaniana, ao sujeito suposto saber, o analista (Coutinho Jorge, 1983).

No discurso do analista, o *objeto a* é o agente do discurso porque é o objeto primeiro e último do desejo, o que representa a falta (nota de rodapé 19). Dessa maneira o que se faz fundamental para o discurso do analista é a singularidade do sujeito, sua dinâmica inconsciente. Para tanto o discurso científico (S_2) é posto de lado e o discurso do mestre, destituído (Clavreul, 1983).

Coutinho Jorge (2006) destaca que, se o sujeito sofre por sua mestria, a psicoterapia não fará nada além de oferecer uma nova mestria, enquanto que a psicanálise propõe a perda de sua própria. Assim sendo, a psicanálise adentra o ambulatório de especialidades médicas propondo um novo olhar sobre o paciente, uma visão radicalmente distinta do campo médico e do que este demanda do psicólogo. Daí as resistências da equipe à psicanálise e os constantes impasses e desafios vivenciados pelos psicanalistas neste campo. Apesar disso se faz cada vez mais presente nos ambulatórios públicos. A maneira pela qual isso ocorre e as adequações ocorridas na transposição da clínica particular para o ambulatório público serão apresentadas a seguir.

²⁴ Roudinesco (*apud* Coutinho Jorge, 2006) propôs classificar as psicoterapias em três categorias: a primeira, proveniente da hipnose e sugestão, com a qual a psicanálise rompeu. A segunda, proposta por diferentes correntes dissidentes da psicanálise, dedicadas ao tratamento de psicoses e patologias “culturais” e a terceira, derivada das demandas de higiene psíquica dos anos de 1960 e das novas terapias inventadas nos Estados Unidos da América.

2.2. Alguns desafios

Por toda a sua vida, Freud não deixou de levar em consideração as possíveis limitações, equívocos e fracassos da psicanálise. Não se fez alheio nem aos conhecimentos e avanços científicos de sua época e nem às resistências e críticas que a psicanálise, desde o seu princípio, despertou. Manteve sempre a postura de pesquisador, investigando, revendo os conceitos e rastreando contradições.

Já no período final de sua vida e obra, no texto “Explicações, aplicações e orientações” ([1932] 1974) de suas novas conferências, Freud discutiu as resistências à psicanálise e reafirmou o método psicanalítico e os conceitos fundamentais. Um dos alvos dos questionamentos, por exemplo, foi a longa duração do tratamento, Freud sempre o justificou com o fato de que as modificações psíquicas só ocorrem muito lentamente.

Uma boa parte dos psicanalistas, talvez inspirados na fidelidade de Freud à sua teoria, não costuma fazer concessões a respeito da aplicação clínica da psicanálise, aferram-se à teoria tornando-se rígidos em relação à prática clínica. Figueiredo (2001a) destaca que algumas características do trabalho do analista no serviço público – por exemplo, o fato de o psicanalista ser um servidor público, o qual não recebe pagamento do paciente, além de se apresentar como possuidor do direito ao tratamento – bastam para muitos psicanalistas inviabilizarem a sua prática. Pois ocorre aí, de acordo com Figueiredo (2001a), dois golpes narcísicos de uma só vez: a perda do controle sobre o dinheiro e a relação do poder de decisão sobre assumir ou não determinado paciente.

Não é raro acontecer de o psicanalista atender algum paciente cuja demanda não seja de um trabalho analítico. Se fosse no consultório privado, caso não ocorresse a transformação da queixa em demanda de análise, dispensá-lo-ia sem dificuldades. Mas na instituição esse ato requer certos cuidados, pois munido de seus “direitos”, o paciente pode alegar que lhe foi negado o atendimento pelo psicólogo (lembrando sempre a inexistência da função de psicanalista nos serviços públicos brasileiros). Essa reclamação chegando à gerência pode culminar na determinação por parte desta de que o psicanalista atenda novamente o paciente – o que seria um complicador a mais. Outra

possibilidade é do fato gerar uma denúncia na ouvidoria do órgão²⁵, o que suscita um processo administrativo no qual o psicanalista terá que fazer a sua defesa. Por isso, muitas vezes, o psicanalista tem como saída prosseguir com os atendimentos por algumas sessões, para só depois dar “alta” – o que, sob nenhum aspecto, é a melhor conduta.

Outra particularidade do trabalho institucional é a convivência com a equipe. Lambert (2003) esclarece que nas equipes interdisciplinares, cada profissional se responsabiliza pelo que sabe e, no seu limite, é completado pelo saber de outro profissional. Portanto, considera-se um bom funcionamento da equipe quando vigora a lógica do conjunto, tudo pelo bom resultado do trabalho. No caso de acontecer fracassos com os casos, ocorrem efeitos imaginários como a atribuição da falha ao pouco saber de alguém da equipe, ou, o fato mais comum, porque algum profissional não fez o que deveria ter feito. Não é difícil concluir qual membro da equipe recebe sucessivamente críticas por não ter feito o que lhe foi atribuído: o psicanalista. Pelo fato de a psicanálise partir de outros princípios e outra ética, ou seja, a inexistência do objeto adequado e a impossibilidade da totalidade e da completude harmônica, o psicanalista não se encaixa nesse funcionamento de equipe, o que produz dificuldades de trabalho. Não raro a equipe tenta projetar seus fracassos no psicanalista.

Um bom exemplo é o caso dos tratamentos clínicos de obesidade mórbida. Na maioria dos casos o paciente busca o serviço por conta própria, é atendido inicialmente pelo médico endocrinologista que por sua vez o encaminha aos demais profissionais (nutricionista, enfermeiro, assistente social, educador físico e psicólogo). Em uma grande parcela dos casos, mesmo munidos de remédios, dietas e programas de condicionamento físico, o paciente passa longe dos objetivos traçados no plano de tratamento. A equipe de profissionais, certa de que fez um bom trabalho, crê que o paciente continua obeso porque houve uma falha no trabalho do analista, este não trabalhou de maneira efetiva a ansiedade ou a depressão do paciente. Como legítimos representantes da ciência (S_2)²⁶, os profissionais ignoram o discurso do analista. Não aceitam outra forma de tratar o paciente que não seja normativa e pedagógica. Com isso o psicanalista se torna o problemático da equipe, aquele que tem dificuldades em

²⁵ Atualmente todas as esferas do serviço público brasileiro (municipal, estadual e federal) possuem ouvidorias para receber e investigar as denúncias dos usuários.

²⁶ O discurso universitário de Lacan, ou do mestre-moderno como nomeou Quinet (2001).

cooperar.

Sauret (2006) explica que a equipe demanda um psicoterapeuta e não um psicanalista, porque a psicoterapia aposta na capacidade do indivíduo se instrumentalizar com os conselhos do terapeuta para vencer suas dificuldades e angústias. Com isso ele se fortalece e responde de maneira adequada ao tratamento de sua patologia. A psicanálise, por nada disso prometer, é tida como menos competente que a psicoterapia.

Rubistein (2005) aponta a duração do tratamento como outro fator delicado para o psicanalista inserido no campo institucional. As normas de tempo são variáveis²⁷, seja quanto ao tempo médio de sessões seja quanto à permanência do paciente em tratamento com os demais profissionais, dentre outros. Poucas vezes são estas normas que determinam diretamente a decisão de concluir. Mesmo existindo uma norma, na maioria dos casos há sempre uma margem de flexibilidade e de manobra individual que permite ao psicanalista decidir a conclusão de acordo com os seus próprios critérios e características de cada caso. Com isso, pode-se dizer que há uma certa tensão entre a liberdade do profissional e a norma institucional.

Mesmo estabelecendo diretrizes para os termos dos tratamentos, a instituição conhece minimamente as diferenças das abordagens que o psicólogo pode seguir e sabe que o profissional possui certa liberdade para concluir o seu trabalho de acordo com a sua abordagem. Rubistein (2005) afirma que quando as normas de tempo de permanência no tratamento são mais flexíveis, aumenta-se a responsabilidade do psicanalista, pois este sabe que nenhum paciente na rede pública de saúde fará uma análise até o fim.

Não ter controle sobre o dinheiro, atender pacientes sem demanda de trabalho analítico, enfrentar dificuldades com a equipe interdisciplinar e ter que decidir sobre a duração do tratamento são apenas alguns dos desafios da psicanálise na instituição. Por esse viés ela é uma prática distinta da prática clínica do consultório particular, pois está inserida num campo dominado pelo discurso científico. Além disso, Roy (2007) nos lembra que os significantes surgidos das lógicas de empresas foram introduzidos nos estabelecimentos de saúde para que este campo também responda aos critérios de avaliação, submetendo-se a procedimentos que garantam qualidade. Assim, os serviços

²⁷ Podem ser por um tempo médio de sessões, pela permanência do paciente em tratamento com os demais profissionais, dentre outros.

de tratamentos passam por uma constante demanda administrativa de redação de protocolos e procedimentos. O ambulatório é, por tudo isso, um terreno aberto às novas descobertas científicas do campo médico e também às políticas de recursos humanos das empresas.

Veras & Besset (2007) defendem que a psicanálise não se opõe aos avanços da ciência, até porque seria impossível negligenciar tais avanços. Entretanto, no seio da produção científica, os trabalhos se dividem entre os que incluem a interação com o Outro da linguagem nas determinações do sofrimento psíquico e os que negam isso. Pois se constata que a contemporaneidade reafirma a dicotomia cartesiana. Nesse contexto a psicanálise propõe o restabelecimento da implicação subjetiva do sujeito.

A psicanálise não está no ambulatório para negar os avançados tratamentos das mais diversas patologias, mas para ouvir os sujeitos que portam tais patologias. Por isso, mesmo com inúmeras dificuldades, há possibilidades efetivas de trabalho.

2.3. Possibilidades

Distintamente das inúmeras abordagens psicoterápicas, o trabalho analítico não tem como foco os efeitos terapêuticos. Estes são inegáveis e geralmente não tardam em aparecer, mas de maneira alguma é o objetivo do tratamento analítico. Isso porque a psicanálise não visa normalizar o sujeito, adequá-lo à realidade, por entender que seria uma tarefa impossível. Coutinho Jorge (2006) ressalta que a psicoterapia explora e exalta a dimensão imperativa do significante, já a psicanálise visa reduzi-la. Dito de outra forma, a psicoterapia reproduz o discurso do mestre, enquanto que o analista se recusa a ocupar este lugar. Laurent (*apud* Stevens, 2007) observa que o S_1 (significante-mestre) que o analista quer sustentar é o do sintoma do sujeito, e não o significante mestre da civilização. Com isso o psicanalista pode formular as condições de uma psicanálise aplicada à terapêutica – uma possibilidade viável de adequação à demanda institucional – que não se relacione em nada com a psicoterapia.

Stevens (2007) escreve que uma instituição é orientada por um significante mestre da civilização: no caso do ambulatório, é o saber médico. Uma vez dentro desse conjunto, o psicanalista não deve se impor, se opor ou se colocar a serviço do mestre, mas sim furar os S_1 da instituição. É a clínica, a articulação que produz esse efeito e coloca no primeiro plano o S_1 do sintoma de cada paciente ao invés do S_1 do mestre da civilização.

Realizar esse trabalho na instituição não é simples, isso porque de acordo com Menard (2007), o psicanalista se vê confrontado com pacientes cuja demanda já está modulada pelo efeito de um discurso medicalizado. Ou seja, uma demanda que se endereça ao saber médico. O sujeito se dirige ao ambulatório crendo que será atendido por vários “doutores”, por isso é comum que se sinta confuso quando descobre que o doutor psicólogo não medica, só conversa. Em minha experiência no ambulatório médico, atendi um paciente que, tendo ficado perplexo ao saber que eu não o medicaria, me questionou: “A senhora reza, então?”.

De início, o analista não está situado como sujeito suposto saber – essa função é dividida entre os membros da equipe de atendimento. Com o decorrer do tratamento o paciente costuma eleger um profissional como sujeito suposto saber, que pode não ser o analista. Se a demanda de sentido que o paciente apresenta for recebida de maneira satisfatória (pra ele) por outro profissional, o trabalho do analista pode ser inviabilizado. O que de maneira nenhuma deve ser entendido como perda para o paciente. A escuta analítica só pode promover efeitos para quem a deseja. Parafraseando o Direito, a psicanálise está para quem a busca, e nisso se alicerça sua diferença. Se ela quisesse submeter todos os pacientes ao processo analítico, crendo que isso seria o “melhor” para eles, estaria normatizando, exatamente como o discurso médico.

Uma outra particularidade da clínica institucional é que o paciente sempre chega ao consultório do analista munido de um diagnóstico dado pelo médico. O diagnóstico recebido age, muitas vezes, como um tampão ao mal-estar do sujeito. Monseny (2001) explica que o diagnóstico pode funcionar como um significante que capta o ser do sujeito, petrificando-o. Retomando o exemplo dos pacientes obesos, eles acreditam que todo o mal estar, toda a angústia, são provenientes da obesidade e adentram o consultório do analista acreditando que aprenderão a se controlar e, com isso, emagrecer. No caso das psicopatologias, esse efeito é potencializado, Birman (2007)

afirma ser ele proveniente do fato de a psicopatologia moderna se interessar fundamentalmente por síndromes e sintomas. Com o declínio da etiologia, os diagnósticos de depressão, síndrome do pânico, ansiedades, etc, bastam por si mesmos.

Com tudo isso, o psicanalista é constantemente desafiado a se adaptar e a se adequar. Nos ambulatórios brasileiros, todos dominados pelo discurso médico, o analista se faz presente para nada mais do que operar o discurso analítico e oferecer aos sujeitos a possibilidade de falar de seu sofrimento. No ambulatório público nenhum sujeito fará análise no sentido estrito, mas pode ter uma experiência analítica de curta duração, de acordo com a orientação lacaniana que se refere às entrevistas preliminares²⁸ (Meirelles, 2004).

D'Angelo (2005) esclarece que uma experiência psicanalítica de curta duração não se assemelha de maneira alguma às psicoterapias breves ou focais:

(...) a diferença entre uma psicoterapia breve, que promove a modificação ou eventualmente o desaparecimento do sintoma, do que é um *efeito terapêutico rápido*, que reduz o gozo implicado no sintoma do sujeito e que relança um novo ciclo em direção da cura [grifo meu]. (D'Angelo, 2005:37).

Com uma psicanálise aplicada à terapêutica, pode-se responder à demanda social sem perder de vista os princípios que dirigem o ato analítico. A transferência continua sendo a condição de possibilidade do trabalho, e em nenhum momento o analista passa por psicoterapeuta, porque não busca de forma alguma normalizar, no sentido do ideal, elementos que são intrinsecamente anormais, como o desejo e o gozo.

A aplicação da psicanálise à terapêutica, como tratamento, em determinado momento, em determinada problemática, em determinado lugar, e a demonstração de sua oportunidade, conveniência e possibilidade de ação para além das condições imanentes à prática de consultório constituem, em nossos dias, o desafio da psicanálise de orientação lacaniana (Santana Nel, 2007: 103).

Gurgel (2003) nomeia essa conduta como a posição de analista-cidadão, pois contrapõe o universal das normas ao singular de cada um, visando alcançar a subjetividade dos sujeitos de sua época. Portanto, a proposta de tratamento de curta duração não é uma saída desqualificada para a psicanálise, mas a prova de que o discurso analítico pode se fazer presente e efetivo em circunstâncias diversas.

²⁸ “Essa etapa inicial de trabalho em que o analista propiciará que o paciente fale livremente, relançando sempre o paciente ao seu próprio discurso para que o sintoma possa ser transformado em sintoma analítico é o que, nesta reflexão, aproximamos daquilo que chamamos de análise de curta duração” (Meirelles, 2004: 112).

Figueiredo (2001b) ressalta que é preciso saber conviver mais do que convencer. Ao psicanalista não compete transformar a concepção de homem do saber médico, ele não está no ambulatório para impor, e nem para acatar. Ele se faz presente para contribuir, para ofertar uma outra visão. A proposta da experiência de curta duração é o passo que a psicanálise dá em direção das necessidades atuais dos serviços públicos. É o reconhecimento de que a adequação é possível, e que o discurso psicanalítico é viável nos tempos atuais.

É a aposta na causa freudiana, de que o desejo – índice da presentificação do sujeito – é a Fênix que sempre renasce – por maiores que sejam as dificuldades que encontramos e cujas etiologias vão desde a falta de recursos até a cientificização dos discursos, passando pelas dificuldades do trabalho em equipe, a resistência ao tratamento, os interesses econômicos que nem sempre levam em conta o sujeito e a reação terapêutica negativa, para citar somente algumas (Figueiredo & Alberti, 2006: 9).

Conclui-se, portanto, que o discurso analítico é possível no ambulatório, pois apesar do divã, do pagamento, da longa duração do tratamento, e outros fatores que caracterizam a psicanálise do consultório particular não se fazerem presentes no ambulatório público, os conceitos que alicerçam o trabalho analítico são plenamente atuantes no trabalho institucional. Tais conceitos serão expostos a seguir.

3. O ALICERCE DA PRÁTICA PSICANALÍTICA NO AMBULATÓRIO PÚBLICO

De acordo com Kupfer & Voltolini (2005), o desafio da psicanálise no ambulatório público é criar as possibilidades de intersecção entre ela e o campo médico sem que haja uma hierarquia de saber, pois se tratam de línguas diferentes. Assim sendo, talvez o caminho seja a aposta em boas condições de tradutibilidade entre as línguas. Tradutibilidade esta capaz de reconhecer que o real delimitado por cada língua implica sempre uma resistência ao traduzível, e que uma língua não pode ser reduzida a outra.

A língua do psicanalista é o inconsciente, pois aposta na soberania deste sobre a consciência. A partir da livre associação do paciente, a escuta analítica se detém nessa língua. A função do analista é remeter o sujeito a esse inconsciente. E apesar da clínica institucional se diferenciar em alguns aspectos da clínica do consultório privado, devido a todas as peculiaridades do ambulatório, é possível fazer psicanálise nesta instituição. Isso porque os conceitos-chave que fundamentam o trabalho do psicanalista não necessitam de nenhum contexto específico para serem praticados. Tais fundamentos serão brevemente explanados a seguir, pois se entende que discutir exaustivamente tais conceitos fugiria da proposta dessa pesquisa, até porque a investigação pormenorizada de cada um deles na prática institucional já demandaria outra pesquisa. Mas convido o leitor a buscar tais conceitos nos textos freudianos e lacanianos.

Lacan, em seu seminário 11, elencou os conceitos de inconsciente, transferência, pulsão e repetição como os fundamentais para a psicanálise. Aqui serão debatidos, no contexto do ambulatório, a *ética*, por se entender que é essencial para a prática institucional do psicanalista, o *desejo* – que abarca o conceito de inconsciente, e a *transferência*, pois no ambulatório há o acréscimo da transferência do paciente com a instituição. Os conceitos de pulsão e repetição não serão tratados por se entender que ambos se aplicam de maneira indistinta em qualquer contexto, não sendo necessária a discussão destes no contexto ambulatorial. O objetivo aqui é expor que, apesar das particularidades do contexto, a ética, o desejo e a transferência também norteiam a prática psicanalítica no ambulatório.

3.1. A ética no ambulatório

A proposta de explanar sobre a ética psicanalítica nessa pesquisa – e, bem entendido, no escopo circunscrito por esta pesquisa – deve-se ao entendimento de que, havendo algo a ser defendido pelo psicanalista em qualquer instituição onde estiver inserido, uma ética própria à psicanálise vem em primeiro lugar. Ela define a única meta do psicanalista e também o impede, muitas vezes, de compartilhar dos objetivos da equipe interdisciplinar. Distintamente da ética filosófica, a ética psicanalítica não tem como objetivo refletir os valores e os ideais de justiça de uma sociedade, ela remete à singularidade do sujeito e ao compromisso dele com o seu desejo. Freud evidenciou, em alguns momentos²⁹, a sua discordância com os preceitos e os objetivos da ética filosófica, mas foi Lacan que se debruçou sobre o tema e definiu a ética psicanalítica como proposta.

A ética é um dos mais importantes temas da filosofia, etimologicamente, origina-se do termo *ethos*, que significa o conjunto de costumes, valores e hábitos de uma determinada cultura. A ética é uma parte da filosofia prática que objetiva uma reflexão sobre a finalidade e o sentido da vida humana. Distintamente da moral – que se preocupa em construir um conjunto de prescrições que tem em vista assegurar uma vida em comum justa e harmoniosa – a ética visa detectar os princípios de uma vida e refletir sobre as razões de se desejar justiça e harmonia, bem como os meios para alcançá-las (Japiassú & Marcondes, 1996).

Platão foi o primeiro grande filósofo grego a discutir em suas obras as principais questões éticas que chegaram até os tempos atuais. Ele definiu o Bem (*agathós*) como princípio mais importante, responsável por tudo que há de correto e belo. Por isso, o sábio é aquele que, tendo atingido o conhecimento do Bem, é capaz de agir de forma justa, pois conhece a verdade, a justiça e a beleza (Marcondes, 2007). De Platão até os tempos de Freud, outros grandes filósofos discutiram a ética. Dentre eles, Kant – mas não só ele – teve uma influência fundamental no pensamento de Lacan, mas isso será tratado mais adiante.

Freud sempre se preocupou em distinguir as questões passíveis de uma

²⁹ Um desses momentos é em seu antológico texto “O mal-estar na civilização” ([1930] 1974).

investigação científica pela psicanálise das questões éticas. Ele recusava a concepção de uma ética como ordem universal e sempre apontou a singularidade do sujeito como único caminho (Rinaldi, 1996). O célebre texto “O mal-estar na civilização” ([1930] 1974), fundamenta a radical diferença entre a ética filosófica e a proposta psicanalítica. No texto, Freud esclarece que não há uma regra de ouro possível de ser aplicada a todos, por isso, cada sujeito deve descobrir por si mesmo o seu caminho de salvação³⁰. No mesmo texto, Freud ainda declara que o ser humano não é gentil, e que em seus dotes pulsionais há uma poderosa cota de agressividade, a qual é satisfeita sobre os outros homens. Por isso, Rajchman (1993) escreve que “conceber o inconsciente como uma categoria ética é repensar a ética: é defini-la em distinção às concepções prévias da ética” (p. 56). No momento em que Freud descaracteriza o ser humano como bom e aponta a impossibilidade de uma conduta ética como modelo coletivo, ele estaria rompendo com toda a reflexão filosófica sobre a ética³¹.

Para Freud as questões morais não estão apenas no âmbito das relações sociais que se sobrepõem aos desejos individuais. A necessidade da moral advém da própria constituição psíquica do ser humano, na sua forma específica de obter satisfação. De acordo com Rinaldi:

A origem da moralidade está para Freud, portanto, no desamparo primordial do sujeito humano e na necessidade do outro para levar a efeito a experiência de satisfação, experiência essa que terá sempre um caráter reduzido. É o próprio laço social que tem aí sua origem, instaurando-se nele a regulação moral (Rinaldi, 1996: 49).

Freud entende que a incapacidade do bebê humano de sobreviver sozinho o conduz ao desamparo fundamental, concebendo-o como uma etapa do psiquismo do sujeito – tal sensação não só constitui o sujeito humano como também o acompanha ao longo da vida, fazendo-se presente diante de todas as ameaças do mundo³². O desamparo não foi totalmente superado pelo sujeito nem pela civilização – pelo contrário, pode-se dizer que o desamparo foi potencializado a partir da modernidade. Tenório (2000) destaca que a identidade ocidental moderna foi marcada pela cruzada da

³⁰ O que vai de encontro às propostas de auto-ajuda e aos tratamentos psicoterápicos que garantem resultados em determinado número de sessões sem levar em conta o sujeito que será atendido. Faz-se importante destacar que Freud utilizou o termo “salvação” porque contrapôs a ética psicanalítica à ética religiosa.

³¹ Para Freud, a natureza do ser humano repousa nas pulsões. Para uma discussão sobre o conceito, remeto o leitor ao texto “As pulsões e suas vicissitudes” ([1915] 1974).

³² Informações recolhidas em aula do Dr. Fernando Aguiar no departamento de psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina, em 2008.

razão, na qual o termo religião passou a caracterizar aquilo que deveria ser superado. Nesse contexto de recusa às causalidades totalizantes surgiram saberes segmentários sobre o homem, como a psicologia e a sociologia. Por isso a especificidade do moderno é a de um mundo de sujeitos autônomos e individualizados, no qual a noção de indivíduo é o valor fundamental da cultura. Ou seja, o sujeito moderno é o resultado da dessacralização do mundo combinado com a sacralização do eu.

Por estar inserido na civilização, o sujeito não pode se guiar pelo princípio do prazer³³. Freud ([1930] 1974) já ressaltou que este é contrário à civilização, com isso o princípio de realidade é uma tentativa precária de se obter satisfação. De acordo com Lacan (1997), o princípio do prazer aparece como algo imperativo, mas que fracassa. Daí advém à necessidade do princípio de realidade, no qual as regras morais são formuladas. O exemplo, por excelência, dessa formulação é a crença na recompensa que será dada na eternidade pela bondade praticada durante a vida, pois o adiamento da satisfação chega ao seu máximo. No item dois desta pesquisa, já foi demonstrado como a ordem médica trabalha em prol do princípio de realidade, ao criar um verdadeiro manual de normalidade para o indivíduo, no qual prega o equilíbrio e a moderação em todos os aspectos de sua vida, para que esta se alongue ao máximo.

Lacan, por sua vez, vislumbrou a importância da questão ética para a psicanálise. Em seu seminário VII, sobre o referido tema, ele relata a presença de ideais moralistas entre os psicanalistas.

Parece que a partir da sondagem, do flash que a experiência freudiana lançou sobre as origens paradoxais do desejo, sobre o caráter de perversão polimorfa de suas formas infantis, uma propensão geral levou os psicanalistas a reduzir essas origens paradoxais para mostrar sua convergência em direção a um fim de harmonia. Esse movimento caracteriza, no total, o progresso da reflexão analítica, a ponto de a questão merecer ser colocada de saber se esse progresso teórico não conduzia, no fim das contas, ao que poderíamos chamar de um moralismo mais compreensível do que nenhum outro existente até hoje (Lacan, 1997: 13).

Lacan nos chama a atenção para a perigosa utilização da teoria psicanalítica com fins morais, de adestramento da pulsão, com o objetivo de domar o gozo perverso em direção de um fim harmônico, ou seja, o do amor genital. O que de fato é impossível,

³³ A partir das suas investigações sobre a neurose, Freud ([1911] 1974) concluiu que os processos psíquicos inconscientes esforçam-se para alcançar o prazer, e a atividade psíquica tende a se afastar de qualquer evento que possa gerar desprazer, tal tendência foi definida como princípio de prazer. O princípio de realidade, por sua vez, trabalha em função do princípio de prazer, numa tentativa de tolerar a tensão e adiar a sua descarga, a qual gera prazer.

pois não há como disciplinar a pulsão.

A partir do texto de Freud, “Projeto para uma psicologia científica” ([1895] 1974), Lacan discorre, no seminário VII, sobre *das Ding* – a Coisa – para referenciar a ética da psicanálise. Para discorrer sobre *das Ding*, farei uma breve explanação sobre *objeto a*, pois tais conceitos estão interligados³⁴.

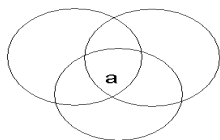
Coutinho Jorge (2008) esclarece que o *objeto a*, definido como causa do desejo porque funciona como motor da estrutura do desejo, foi situado por Lacan na região de intersecção entre real, simbólico e imaginário do nó borromeano³⁵. Desta maneira, ele participa simultaneamente dos três registros que constituem a estrutura e também representa o lugar do próprio nó que o amarra borromeamente (ver figura da nota 35). Dentre as três dimensões, a que mais importa e que de fato configura o *objeto a* é o real. O nome da dimensão real do *objeto a* é *das Ding*.

Juranville (1987) explica que o desejo não tem como objeto o *objeto a*, que só faz causá-lo, mas não o mantém, e tampouco tem como objeto o falo, que por sua vez mantém o desejo, mas pressupõe como já realizado o encontro com a falta do objeto absoluto. O desejo é originalmente suscitado pela experiência do real, esta do encontro originário com a falta de plenitude, e neste se situa *das Ding*. O encontro com *das Ding* é também o encontro com a castração. Portanto,

[...] embora o objeto *a* participe simultaneamente dos três registros, seu pertencimento ao registro do real, *das Ding*, é o que se revela como absolutamente prevalente na estrutura, pois *das Ding* implica a representificação, na estrutura, do real **sem nome** e **sem imagem** (Coutinho Jorge, 2008: 140).

De acordo com Lacan (1997), *das Ding* é o que se apresenta como estranho no

³⁴ Faz-se necessário ressaltar que a Coisa, é anterior ao *objeto a*.



³⁵

A tripartição estrutural real-simbólico-imaginário, proposta por Lacan em 1953, apresenta estes registros como muito distintos e essenciais à realidade humana. Cada registro constituiu-se em categoria quando encontrou seu fundamento na estrutura originária do aparelho psíquico: o imaginário na organização do estágio de espelho, o simbólico na cadeia significante e o real na impossibilidade da relação sexual (Kaufmann, 1996). Posteriormente Lacan mostrou que os três registros não poderiam ser isolados, pois se apresentam unidos indissolúvelmente na topologia do nó borromeano (como está representado na figura acima). Nesse tipo de nodulação os elos estão amarrados de uma maneira que, se cortar apenas um deles, todos os outros se desligam simultaneamente (Coutinho Jorge, 2008).

ponto inicial da organização do mundo no psiquismo. Assim, o núcleo do inconsciente é constituído por esta falta originária do objeto, a partir da qual o inconsciente se estrutura enquanto linguagem. Depreendem-se com isso dois aspectos diversos do inconsciente: um real, o cava da falta de objeto, e um simbólico, a linguagem, ambos os aspectos estando articulados (Coutinho Jorge, 2008).

Lacan (1997) relaciona *das Ding* com a tendência a reencontrar o que se qualifica como objeto perdido, embora a rigor tal objeto não tenha sido perdido, se levamos em conta que o núcleo do inconsciente é constituído por esta falta originária de objeto. Coutinho Jorge (2008) ressalta que Lacan fez uma importante distinção entre o objeto perdido da espécie humana e o objeto perdido da história de cada sujeito. Este, nomeado de *objeto a*, pode ser reencontrado nos infindáveis substitutos que o sujeito elenca nos deslocamentos simbólicos e investimentos imaginários. Contudo, por trás desses objetos privilegiados do seu desejo, o sujeito sempre se depara com a Coisa perdida da espécie humana, ocorrendo com isso a repetição de um encontro faltoso com o real.

Essa distinção entre o objeto perdido da espécie humana e o objeto perdido da história de cada sujeito é, na verdade, a distinção entre *das Ding* e o objeto materno. A confusão entre os dois se justifica pelo fato de o objeto materno poder funcionar para o sujeito como se fosse o objeto perdido da estrutura, ou seja, como o primeiro objeto que vem ocupar o lugar deste:

Das Ding é o objeto perdido desde sempre, ou seja, trata-se de uma perda relativa à história da espécie e não à história dos indivíduos da espécie. A tendência ao reencontro é produzida estruturalmente pela perda originária, pela falta ôntica que é constitutiva do sujeito humano enquanto tal. Como o objeto materno vem ocupar o lugar-tenente de *das Ding*, é ele que representará na história do sujeito o ponto de confluência desta tendência ao reencontro (Coutinho Jorge, 2008: 143).

Esta confusão entre *das Ding* e objeto materno é problemática porque o objeto materno remete ao proibido, característica que não se aplica a *das Ding*. A Coisa não é do âmbito do proibido, mas sim do impossível.

O desenvolvimento conceitual de *das Ding* por Lacan não resultou somente da influência de Freud, mas também do pensamento de Kant e Heidegger. Kant introduziu um importante corte ético com a zona além do bem-estar, o qual identifica o campo de *das Ding*. Lacan indica que Kant entreviu a função de *das Ding* quando propôs o reino puro da lei, indiferente ao bem-estar do indivíduo e através do “Tu deves” (Rinaldi, 1996). Kant faz da verdade um objeto problemático antes de confirmá-la a partir das

exigências da moralidade. Rajchman (1993) ressalta que o respeito de Kant pela lei moral é diferente de um saber comum acerca do nosso bem. Na concepção kantiana inexistia qualquer regra ou princípio geral sobre o que é bom para cada indivíduo. Por isso, a tarefa da filosofia moral não deveria ser a tentativa de oferecer tal princípio, mas sim de se voltar à natureza da lei que rege nossos deveres morais e sua racionalidade.

Kant considerava que todos os atos ou deveres morais particulares são regidos por um importante e único princípio genérico. Esse princípio é também um imperativo, o qual obriga as pessoas a aplicá-lo a elas mesmas: na visão kantiana, a verdadeira liberdade do homem reside nessa submissão (Rajchman, 1993). Com isso, a Coisa kantiana é classificada como incognoscível. Lacan, por sua vez, não só tornou a Coisa incognoscível, como também impossível (Juranville, 1987).

Em relação a Heidegger, Lacan (1997) avisa que não se enveredaria na perspectiva desse filósofo a respeito do Ser, ele apenas dá continuidade à análise heideggeriana do que chamou de “apólogo do vaso”, trabalhado pelo filósofo alemão num ensaio intitulado *das Ding*. A partir da distinção entre o emprego do vaso como utensílio e como função significante, Lacan detém-se na segunda e explica que, quando criado, o vaso introduz no mundo o vazio e o pleno ao mesmo tempo, pois o vaso dá forma ao vazio:

O vazio e o pleno são introduzidos pelo vaso num mundo que, por si mesmo, não conhece semelhante. É a partir desse significante modelado que é o vaso, que o vazio e o pleno entram como tais no mundo, nem mais nem menos, e com o mesmo sentido (Lacan, 1997: 152).

Dessa maneira ele explica que o vaso representa a Coisa porque unifica a modelagem significante à introdução no real de um furo. Juranville (1987) nos lembra que a análise de Heidegger a respeito das coisas mais cotidianas se articula com a teoria lacaniana sobre a Coisa – *das Ding*. Para o filósofo, a coisa se situa na articulação do real com o mundo, aparecendo nele, mas não lhe pertencendo. “É, por assim dizer, o umbigo do mundo, onde se marca algo como um nascimento” (Juranville, 1987: 191).

Dessa maneira, a partir de Heidegger, Lacan concebeu um mais-além do mundo, concepção que não foi alcançada por Kant, mas sugerida por Freud no texto “O Estranho” ([1919] 1974). “É, portanto, o estranho que, de alguma forma se apresenta no mais familiar. A elaboração freudiana aponta para a ambivalência da linguagem que, para Lacan, se explica a partir do nó que articula Real e Simbólico” (Rinaldi, 1996: 76).

Com tudo isso, Lacan situou a questão da ética a partir da sua relação com a Lei, a

qual constitui o desejo, ou seja, a lei da castração, distinguindo-a da proibição instaurada no Édipo. A Lei institui o simbólico e produz diferenças porque o significante é arquitetado como diferença em relação aos outros significantes. Assim, ele pode combinar-se de inúmeras maneiras, o que culmina em diversos sentidos, por isso a universalidade reside na relação Lei/desejo, ou seja, a diferença. O restante se refere ao particular, dessa forma as leis morais são contingenciais e se referem às sociedades que as instituem (Rinaldi, 1996).

Com isso, Lacan resgata e enfatiza a proposta freudiana de remeter o sujeito ao desejo. Para ele, o desejo está vinculado à Lei que instituiu o simbólico – entendendo-se essa Lei como a presença de uma impossibilidade –, e a dimensão moral se enraíza no próprio desejo (Rinaldi, 1996). Em torno disso, Lacan propõe uma ética da psicanálise, na qual a ação humana esteja orientada por uma referência ao Real e não a um Bem Supremo:

A psicanálise é uma ética “do real” e com ele confronta os “idealismos” da ética filosófica. Em nossa conturbada existência libidinal, ela descobre algo que esses ideais deixam transparecer e não conseguem evitar. Ela toma a Virtude, o Dever e a Utilidade como “idealizações” do mal-estar inerente à civilização; trata-os como “ficções”, num sentido dado por Lacan a esse termo (Rajchman, 1993: 57).

Dessa maneira, conceber o inconsciente como uma categoria ética é colocar a ética em outros termos, distinguindo-a de concepções prévias. Lacan recomendou a leitura das grandes obras da filosofia ética como requisito de formação dos analistas, mas tal leitura serviria para marcar um contraste. A psicanálise, ao invés de ser um idealismo, caminha na direção oposta de aprofundar nossa relação com o real, pois Freud introduziu um novo realismo na ética (Rajchman, 1993).

Kehl (2002) destaca que a psicanálise não surgiu com a proposta de uma nova ética para o mundo ocidental moderno, porém, a teoria freudiana estremeceu algumas convicções acerca das relações do homem com o Bem. Dessa maneira os fundamentos éticos do laço social tiveram que ser repensados a partir da descoberta das determinações inconscientes da ação humana.

Com o crescente desenvolvimento das neurociências e das técnicas psicoterápicas que partilham desse mesmo berço epistemológico³⁶, a psicanálise é cada vez mais questionada, pois o objetivo passou a ser a rápida diminuição do sofrimento psíquico.

³⁶ As teorias cognitivo-comportamentais.

Esse é o ideal da sociedade contemporânea, eliminar todo mal-estar e toda a angústia. Kehl (2002) ressalta que “o homem contemporâneo delega à competência médica e às intervenções químicas a questão fundamental dos destinos das pulsões; quer, enfim, eliminar a inquietação que o habita em vez de indagar seu sentido” (p. 8).

Diante desse ideal da sociedade contemporânea – a total ausência de sofrimento – a psicanálise aponta a impossibilidade de tal objetivo. O caminho possível é justamente o inverso, assumir o conflito inerente à condição humana e responsabilizar-se por ele. Portanto, a ética da psicanálise consiste em remeter o sujeito ao seu desejo, à sua verdade. Apontar o caminho da singularidade para o sujeito se colocar no mundo. Desse modo, o psicanalista não partilha dos mesmos ideais terapêuticos da equipe do ambulatório, porque não há ideais, e muito menos terapêuticos. Não há adequações comportamentais possíveis porque o cerne da questão é a singularidade, o desejo.

Santoro (2006) ressalta que a ética da psicanálise é a ética do bem dizer, ou seja, a palavra que produz efeito no tratamento:

Cada interpretação reconduz o sujeito à escolha de seu desejo e de seus modos de gozo, levando em conta que a ética da psicanálise é manter a estrutura de falta do inconsciente. Lacan faz uma articulação *sui generis* entre a coisa kantiana, heideggeriana e freudiana, para concluir como Freud que o sujeito não é o sujeito kantiano, nem heideggeriano e sim o sujeito dividido por essa perda de gozo na origem, pois Das Ding está desde sempre perdido (Santoro, 2006: 2).

Essa é a ética da diferença, fundamentada na singularidade do sujeito. A ética filosófica enquanto tal é a disciplina por excelência que profere, regula e conduz as ações do indivíduo. Mas a ética da psicanálise, por outro lado, tem como base o inconsciente. Desta maneira, a ética da psicanálise está referida ao discurso do analista, ou seja, de ninguém: “Não é a ética vociferante de Moisés, nem que tende à universalização, como a de Kant. É a ética que não pretende prescrever, não dá preceitos, se cala. Só há análise do particular, que utiliza a palavra e o campo da linguagem” (Santoro, 2006: 4).

Como já expus no capítulo anterior, operar o discurso do analista no ambulatório não ocorre sem gerar grande resistência por parte da equipe, pois esta geralmente demanda o trabalho psicoterapêutico, por melhor se adequar ao discurso hegemônico no ambulatório. E a ética da psicanálise, como base do discurso do analista, tem a importância de guiar o psicanalista no desafio de viabilizar seu trabalho num terreno

epistemologicamente distinto.

A partir dos meados do século XX, com o nascimento, o fortalecimento e, principalmente, a popularização das neurociências, as sociedades ocidentais vêm construindo uma concepção da mente humana atravessada pela medicalização e pela crença na resolutividade de qualquer sofrimento ou mal-estar. Há cada vez menos tolerância ao sofrimento decorrente das frustrações inerentes à vida e dos processos de luto; a sociedade contemporânea demanda soluções rápidas e efetivas às suas mazelas. O ambulatório, como qualquer outra instituição, reflete os valores da sociedade na qual está inserido. As equipes interdisciplinares reproduzem a marcha dessa “ciência revolucionária”, repleta de infindáveis pesquisas, propondo sempre novas descobertas, novos tratamentos, mas também novas patologias.

Diante desse contexto, a ética da psicanálise – referenciada no singular – aponta o furo desse discurso de eterno progresso, desmascara esse ideal de felicidade que a ciência tenta garantir. Esse é o ponto nodal da dificuldade da equipe em relação à psicanálise, ponto-chave para classificarem a psicanálise como uma técnica ultrapassada, não só pelo tempo de tratamento, mas principalmente por não levantar a bandeira do maravilhoso progresso científico. Trabalhar no ambulatório sob o referencial da ética da psicanálise é, de certa maneira, marcar um ponto de limite a essa lógica normativa e generalizante dos indivíduos. É criar e ofertar um lugar que propicie o sujeito a rever seus posicionamentos diante dos conflitos que o afligem. Santoro (2006) ressalta que “há ética onde há escolha. E cada interpretação reconduz o sujeito a essa escolha de seu desejo e de seus modos de gozo” (p. 8).

Sustentar essa proposta significa não se comprometer com a equipe como os outros membros, e aí se afirma o discurso do analista num território estrangeiro. Marcar esta diferença implica, obviamente, em arcar com o ônus de críticas, resistências por parte das equipes e também por parte de alguns pacientes. Porém, os inúmeros pacientes que entram em trabalho analítico e também os profissionais que vão, pouco a pouco, verificando os consistentes efeitos proporcionados pela psicanálise, aliviam, de certa maneira, o mal-estar que o psicanalista suporta para efetivar o seu trabalho. Defender essa proposta é a única maneira que possibilita afirmar que se faz psicanálise no ambulatório, bem como em qualquer outro contexto institucional.

3.2. O desejo no ambulatório

Distintamente das outras proposições terapêuticas do ambulatório (medicamentosa, nutricional, fisioterápica, ocupacional, dentre outras), a psicanálise não alicerça sua intervenção na patologia física do sujeito, nem em sua demanda. Seu foco é a relação do sujeito com o seu desejo inconsciente, conceito que está no cerne da metapsicologia freudiana³⁷ e foi, sem dúvida, enriquecido pelas contribuições de Lacan.

Laplanche & Pontalis (1988) esclarecem que em toda e qualquer concepção de homem há noções fundamentais que não podem ser delimitadas e, no caso da doutrina freudiana, tal noção é a de desejo. Por isso, a proposta aqui é muito mais apresentar as descobertas freudianas sobre o desejo e as contribuições lacanianas para tal conceito, do que delimitá-lo.

Garcia-Roza (1996) sugere uma herança hegeliana de Freud na conceituação de desejo. Para Hegel a desnaturalização do desejo só se dá a partir da superação do real enquanto coisa; dessa maneira o desejo só se torna desejo humano (e assim constitui um Eu Humano) no momento em que ele só tem como objeto outro Desejo.

Dois desejos animais tornam-se desejos humanos quando abandonam os objetos naturais para os quais estavam voltados e se dirigem um para o outro. Desejar o Desejo do outro, eis o que caracteriza o Eu como Eu humano (Garcia- Roza, 1996:142)

Para Hegel, o desejo humano só pode desejar um objeto sob a premissa de esse objeto estar mediatizado pelo desejo do outro, ou seja, atravessado pelo discurso. Portanto, objetos socialmente construídos e valorizados, como por exemplo, um carro ou uma pessoa bonita, sem a valorização cultural, não teriam relevância.

Essa conceituação de desejo feita por Hegel é complementada pelo postulado psicanalítico. Freud aponta algo fundamental: o desejo é inconsciente. Por ser regido unicamente pelo princípio do prazer, o inconsciente e o desejo praticamente se confundem. A partir do estudo dos sonhos, Freud delimita o conceito de desejo. Já em 1900 no texto “A Interpretação dos Sonhos”, Freud relaciona os sonhos com a

³⁷ A palavra “desejo” encontra-se presente na obra freudiana desde o seu primeiro volume (no texto “Projeto para uma psicologia científica” [1895]) e até no final de sua obra, totalizando mais de 150 textos.

realização dos desejos inconscientes e percebe a força de tais desejos, pois, diferentemente dos desejos conscientes, são os únicos capazes de produzir um sonho.

Em sua conferência XIV, intitulada “Realização de Desejo” ([1916] 1974), Freud destaca que todos os sonhos são sonhos de crianças, pois atuam com material infantil. Com isso ele nos aponta a principal característica do desejo, a atemporalidade. Diante das desconfianças a respeito de sua afirmação que todo sonho consiste numa realização de desejo, Freud lembra que o desprazer experimentado pelo sonhador ocorre porque o sonho não é produzido para o sujeito da consciência: se este obtivesse prazer com os seus desejos inconscientes, os mesmos não teriam sido recalçados. O sonho é produzido para o sujeito do inconsciente.

Portanto, segundo Kaufmann (1996), o desejo é em Freud aquele que se realiza no modo alucinatório e em primeiro lugar no sonho. É um impulso que visa reproduzir alucinatoriamente uma satisfação original. O desejo possui autonomia e atemporalidade, ele é atual porque é insatisfeito e infantil. Por isso o desejo sempre remete a um objeto perdido, a uma falta. Como escreve Garcia-Roza (1996), o desejo é a presença da ausência.

Lacan recolocou a descoberta freudiana em primeiro plano da teoria analítica e distinguiu o conceito de desejo de necessidade e demanda, noções muitas vezes confundidas (Laplanche & Pontalis, 1988). A necessidade caracteriza-se como uma tensão interna que mobiliza o organismo em uma determinada direção, para um objeto específico que permitirá a diminuição da tensão. Assim, a necessidade sempre implicará em satisfação. Por sua vez, a demanda (sempre de amor) é a alienação da necessidade.

Em razão dessa contigüidade com a ordem biológica que não basta a si mesma, o amor como relação com o Outro em que o sujeito se aliena permanece marcado por uma exigência do absoluto que é equivalente ao que se perde com essa própria contigüidade. O amor é aqui, ao mesmo tempo, apelo ao outro tendo em vista uma satisfação que, seja como for, não se dará no modo como é demandada [...]. (Kaufmann, 1996: 118)

Para Lacan (1978), a demanda dirige-se a algo mais do que a satisfação manifestamente visada por ela. A demanda do amor difere da necessidade por esse caráter de inadequação, que virá a ser constitutivo do desejo.

O desejo é tanto a representação sexual e imaginária da perda quanto à forma de

o sujeito identificar-se com essa perda. O sujeito posiciona-se diante dessa falta fundando o seu desejo (Kaufmann, 1996). Lacan (1999) esclarece que o falo é o eixo de toda a dialética subjetiva, pois é o objeto desejado pela mãe. Diante disso é que o sujeito vai se deparar com esse representante da falta, e a partir daí construir uma forma de relação com o seu desejo.

Por isso a insatisfação do desejo é imprescindível, essa característica torna-o indestrutível e é a que move o sujeito na vida. “É assim que o desejo não é nem o apetite da satisfação, nem a demanda de amor, mas a diferença que resulta da subtração do primeiro à segunda, o fenômeno mesmo da sua clivagem (*Spaltung*)”. (Lacan, 1978:268)

O desejo remete sempre ao significante da falta e à sexualidade do sujeito, e a algo remoto, recai. Por isso a sua manifestação traz, muitas vezes, uma sensação de estranhamento, de surpresa ou até de horror, sensação que é mesmo um sinal do surgimento do inconsciente. Freud ([1919] 1974) explica não ser esse estranho nada novo ou alheio, mas algo familiar há muito estabelecido no psiquismo, e alienado desta através do processo de recalque. Haver-se com o desejo é, antes de tudo, haver-se com a castração, elemento doloroso, mas fundamental para a constituição do sujeito. Por tudo isso a psicanálise aponta o caminho do desejo, introduzindo o problema de um novo tipo de responsabilidade por nosso desejo. Ela implica no dizer a verdade desse desejo do qual não se tem nenhum conhecimento, mas que está escrito no enigma de nossos destinos (Rajchman, 1993).

A partir de uma clínica pautada no desejo, a psicanálise diferencia-se da medicina por esta pergunta “o que tratar?”. Para o saber médico o sujeito da enfermidade (física ou psíquica) é concebido numa perspectiva funcional, tornando secundária uma visão histórica sobre ele. Nessa perspectiva não existe qualquer saber sobre a enfermidade que seja de domínio do paciente, esse só se faz presente no discurso científico da medicina (Birman, 2001). Já para a psicanálise o saber está do lado do paciente, o que o torna agente do próprio tratamento. Uma vez que Lacan considerou o inconsciente como um saber, este passa a ser caracterizado como um saber particular, que funciona sem mestre e se dá enquanto um saber verdadeiro (Coutinho Jorge, 2008). Embora esta não seja a única característica do inconsciente, pois Lacan considerou duas dimensões do inconsciente, uma como saber e a outra como vazio.

Rajchman (1993) destaca que o que há de moderno na psicanálise é justamente distinguir o ensino do inconsciente dos preceitos da antiga sabedoria, rejeitando qualquer Ideal ou fórmula que ensine o sujeito a atingir um suposto bem-estar. Por isso o psicanalista não acata a demanda da equipe para tratar determinadas “inadequações” comportamentais ou afetivas do paciente. O psicanalista quer saber da relação do sujeito com o seu desejo, remetê-lo a isso, para que o paciente possa, a partir da sua verdade singular, decidir por si próprio o que realmente lhe convém. Mostrar à equipe que a demanda do paciente pode não coincidir com o que ele realmente deseja – por exemplo, de que o obeso não deseja o emagrecimento ou que um hanseniano não deseja a cura – e por isso a clínica psicanalítica não pode se colocar a serviço do tratamento médico, não é nada fácil, nem confortável. Nas reuniões clínicas para discussão de casos a elucidação dessa diretriz do tratamento psicanalítico ocasiona, muitas vezes, resistências. Porém, a aceitação costuma vir com um período relativamente curto de tempo, pois o tratamento psicanalítico de curta duração no ambulatório produz efeitos terapêuticos e com isso, a implicação (ou até mesmo a desistência) do paciente com o seu tratamento médico.

Um bom exemplo de tal situação, é que nos tratamentos de depressão e TGA (transtorno geral de ansiedade), é comum a interrupção, por parte do paciente, do tratamento medicamentoso. Além disso, em 2006 atendi uma paciente obesa que, com o decorrer dos atendimentos, chegou à conclusão de que não conseguia fazer as dietas e o tratamento psicanalítico ao mesmo tempo, por isso abandonou o tratamento médico. As sessões continuaram por nove meses até ela decidir que poderia retornar ao tratamento da obesidade. Lá surpreendeu a equipe, pois tinha emagrecido muito, sem dieta.

3.3. A transferência no ambulatório

A partir da constatação da origem psíquica de muitos fenômenos patológicos, Freud se aproximou da hipnose. Seu interesse se justificou pela possibilidade de suprimir os sintomas através da sugestão do hipnotizador, fato que confirmava a origem

psíquica desses sintomas. Mas, apesar de ser um tratamento rápido e não desagradável, a confiabilidade era problemática, pois a supressão dos sintomas não era eficaz (Maurano, 2006).

O tratamento hipnótico carregava uma característica muito presente nas intervenções médicas: a dissociação entre o sintoma a ser tratado e o psiquismo do paciente; o problema se situava nos “nervos”, e não no sujeito. Dessa maneira, propunha-se resolver o problema em curto tempo, permanecendo inalterados os processos que ocasionaram tal sintomas (Aguiar, 1991).

Descontente com o grau de eficácia da hipnose e influenciado pelo método catártico de Joseph Breuer, Freud realizou uma primeira modificação no método hipnótico, começando a explorar o sintoma do paciente ao invés de sugerir a proibição do mesmo. Com isso ele pretendia promover a catarse da situação traumática do sujeito, liberando o afeto bloqueado e restituindo a mobilidade afetiva (Maurano, 2006).

De acordo com Maurano (2006), a partir do questionamento de como a repetição da cena traumática eliminaria sua nocividade, Freud descobriu a função da transferência. Fato que culminou no abandono do método catártico e na criação do método psicanalítico, no qual se trata de viabilizar meios para que o sujeito vá além da repetição.

A primeira vez que Freud citou o termo transferência foi em 1888, em francês, em um artigo sobre a histeria. Neste ele designava como transferência a mudança do sintoma histérico de um lado para outro do corpo (Kaufmann, 1986). Porém, a origem do conceito de transferência data de 1895, com o texto “Estudos sobre a histeria”, a partir da investigação de uma paciente atendida por Breuer, Anna O., considerado o primeiro caso clínico da psicanálise – Freud fez uma associação entre transferência e a idéia de enamoramento e psicoterapia.

Baseado no fracasso do tratamento de Anna O. com Breuer, Freud mostrou a extensão dos efeitos da transferência no tratamento, e daí a necessidade de pesquisar o conceito (Nali, 2002): “O ponto limite no trabalho catártico de Breuer consistiu o ponto inaugural do trabalho de Freud. Breuer afastou-se dessa investigação, mas será ela que possibilitará a Freud a criação do método psicanalítico” (Maurano, 2006:17).

No texto “Cinco lições da psicanálise”³⁸ ([1910] 1974), especificamente na quinta

³⁸ As lições foram pronunciadas por Freud em 1909 na “Clark University” nos Estados Unidos, a convite

lição, Freud já relata que a transferência não foi criada pela psicanálise, esta apenas a desvenda e a encaminha, portanto ela está presente em todas as relações humanas da mesma maneira que surge em relação ao analista. Nesse texto ele já caracteriza a transferência como verdadeiro veículo da ação terapêutica e que, quanto mais desprezada, mais forte será a sua atuação.

Apesar de a noção de transferência ter surgido em 1895, foi em 1912, no texto “A dinâmica da transferência” que Freud realmente detalhou o conceito. Neste texto Freud analisa a transferência, pensando sua origem, sua função e distingue a transferência positiva, relacionada aos sentimentos afetuosos, da transferência negativa, correlata dos sentimentos hostis.

Além disso, ele relata a sua incompreensão diante do fato de a transferência ser mais intensa nos indivíduos neuróticos em análise do que nas pessoas que não estão sendo analisadas e também sobre o motivo da transferência se transformar na resistência mais poderosa ao tratamento. Já em 1914, no texto “Recordar, repetir e elaborar”, ele esclarece essas questões e define a transferência como um fragmento da repetição e a repetição é uma transferência do passado esquecido. Portanto, o paciente que estiver sob o tratamento psicanalítico não poderá fugir dessa compulsão, pois é a sua maneira de recordar os conteúdos recalçados³⁹.

Nas “Conferências introdutórias sobre psicanálise” ([1917] 1974), Freud dedica a conferência vinte e sete à transferência e nela já explicita como a transferência serve ao diagnóstico. Ele concebe a hipótese segundo a qual os pacientes que sofrem de neuroses narcísicas (psicoses) não têm capacidade para a transferência, eles rejeitam o analista. Não com hostilidade, mas com indiferença. Baseado em suas impressões clínicas, ele supõe que a libido objetal desses pacientes foi transformada em libido do eu e que por isso tais pacientes deveriam ser diferenciados do primeiro grupo de neuróticos (histeria de conversão, histeria de angústia e neurose obsessiva). E essa suspeita se confirmaria pelo fato de não manifestarem transferência⁴⁰.

A transferência se faz presente em todas as relações (excetuando-se a estrutura

do então presidente da instituição, Dr. G. Stanley Hall. As conferências foram pronunciadas de improviso, sem notas e com muito pouco preparo. Somente após o seu retorno à Viena que Freud as escreveu. Segundo Ernest Jones, a memória verbal de Freud era tão boa, que a versão impressa não fugiu muito da exposição original.

³⁹ Mais tarde, em 1920, Freud relacionará a compulsão à repetição ao conceito de pulsão de morte.

⁴⁰ Lacan prosseguiu com a investigação a respeito da clínica da psicose – publicando inclusive um seminário sobre o tema (Seminário Três: As Psicoses) – e realizou grandes avanços nesse sentido.

psicótica), e nesse aspecto ela não difere do amor. A grande diferença na análise, é que ela não passa despercebida, pois como é uma via de atualização das motivações inconscientes, a transferência funciona como instrumento do analista. A análise da transferência é a condição de progresso no tratamento, porque nela aparecem as resistências, estas por sua vez, revelam elementos fundamentais do conflito que originou o recalcamento e o fez retornar como sintoma (Maurano, 2006).

Concluindo, para Freud, a transferência se converte num campo de batalha entre as forças que agem no conflito, do qual resulta o sintoma. Ela renova o conflito e com isso podem emergir tanto sentimentos amistosos, quanto hostis, os quais podem dificultar o trabalho, pois para poder trabalhar, o psicanalista precisa saber em que lugar está sendo colocado pelo paciente (Maurano, 2006) ⁴¹.

A partir do estudo da transferência em Freud, Lacan propôs o conceito de sujeito suposto saber. Se um paciente busca um analista é porque acredita que há nele (ou na psicanálise) algum saber que o interessa, que possa ser útil à sua vida. Com isso, o analista é colocado no lugar de quem sabe ⁴². Dessa forma, o vínculo transferencial é iniciado pela via do saber e a partir dele virá o amor:

O sujeito entra no jogo, a partir desse suporte fundamental – o sujeito é suposto saber, somente por ser sujeito do desejo. Ora, o que é que se passa? O que se passa é aquilo que chamamos em sua aparição mais comum *efeito de transferência*. Este efeito é o amor. É claro que, como todo amor, ele só é referenciável, como Freud nos indica, no campo do narcisismo. Amar é, essencialmente, querer ser amado (Lacan, 1989: 239).

Nesse ponto é que pode surgir a face da resistência, pois mesmo os sentimentos afetuosos podem comprometer a livre associação do sujeito.

Maurano (2006) esclarece que para Lacan a transferência não se reduz à repetição apenas por estar vinculada à função de sujeito suposto saber. O que leva à repetição é a demanda de que o analista viabilize um acesso ao saber. Por isso Lacan, no texto “Intervenção sobre a transferência” ([1951] 1988), explica que interpretar a transferência é preencher com um engodo o vazio de um ponto morto, pois este engodo reativa o processo. Esse ponto morto é a repetição do encontro com a falta, com o

⁴¹ Lacan, em seu seminário 1, *Os escritos técnicos de Freud* (1986), ratifica esse direcionamento freudiano: “O de que se trata na análise da transferência é saber em que ponto da sua presença [o analista] a palavra é plena” (p. 277).

⁴² O analista não responde desse lugar, mas convoca o sujeito a produzir esse saber, posição exatamente oposta a do médico e dos outros profissionais da equipe, que aceitam esse lugar e com isso assumem a posição de mestre.

fracasso dos desejos infantis (Maurano, 2006). E o encontro com a falta, é traumático – a esse encontro Lacan (1993) nomeou de *tiquê*, encontro do real, termo que ele tomou emprestado de Aristóteles. Assim, o real se apresenta na forma do que nele há de inassimilável, o trauma. Lacan diz que este real está para além do *autômaton* – retorno, a outra vertente da repetição, ou seja, a insistência, a volta às mesmas vias anteriormente empreendidas pelos significantes, o que impossibilita o advento do novo. Maurano (2006) explica que pelo trabalho na transferência se pode travar o automatismo da repetição e possibilitar o fluxo do acaso.

De acordo com Lacan (1986), a análise pode modificar esse processo porque no momento em que a situação transferencial é analisada pela evocação da situação antiga, a palavra atual, como a palavra antiga, é colocada num parêntese de tempo, o que é possível porque o inconsciente é atemporal. “A modulação do tempo sendo idêntica, a palavra do analista tem o mesmo valor que a palavra antiga” (Lacan, 1986: 276). Na teoria lacaniana a transferência é definida como uma encenação da realidade do inconsciente através da experiência analítica. Tal perspectiva levou Lacan a relacionar a transferência à pulsão.

Todas as correntes psicanalíticas consideram a transferência como essencial para o processo analítico, porém, há inúmeras divergências entre elas quanto ao lugar da transferência no tratamento, o seu manejo, etc. O que as unifica é o pressuposto de que a transferência se constitui como um instrumento de cura no tratamento, fato que difere a psicanálise de todas as outras psicoterapias (Roudinesco & Plon, 1998).

Partindo dessa breve explanação sobre a transferência, fica claro o porquê de ela ser a condição do processo analítico. Sem a transferência não há trabalho e no caso contrário, uma vez estabelecida a transferência do paciente, o psicanalista pode praticar a psicanálise em qualquer lugar.

É verdade que no ambulatório público não é raro que o paciente estabeleça a transferência com outro profissional, o que muitas vezes inviabiliza seu atendimento pelo analista. Pois o médico, ou qualquer outro profissional, utilizará da transferência para suggestionar o paciente, ao invés de remetê-lo ao seu desejo, para que produza o seu próprio saber. Tal situação pode produzir efeitos apenas temporária e superficialmente no mal-estar do paciente, pois a sugestão é inconciliável com uma situação na qual a ambivalência domine. A sugestão no limite, pressupõe confiança absoluta e ausência de

resistência, o que de fato não ocorre na transferência (Aguiar, 2000). Mas creio que essa situação não difere da clínica privada, pois se o sujeito já tiver estabelecido um vínculo transferencial com outro profissional (ou padre, pastor, vizinho...), ele não buscará o psicanalista.

Portanto, as dificuldades advindas do processo transferencial dos pacientes (tanto o não estabelecimento da transferência, quanto a resistência advinda da mesma) são encontradas pelo psicanalista em qualquer contexto. A única particularidade localizada no ambulatório público (como em qualquer outra instituição) é que o paciente já chega ao consultório com uma transferência estabelecida com a instituição. Fato que requer atenção do analista, pois o lugar no qual este será colocado inicialmente está relacionado a essa transferência. Pinheiro (2001a) ressalta que o vínculo institucional produz efeitos em relação à inserção do paciente na instituição como também em relação à inserção do analista em seu ambiente de trabalho.

Isso significa que nos atendimentos ambulatoriais a dinâmica transferencial se especifica de uma forma própria, demandando do analista formas de atuação genuinamente focalizadas para esse tipo de trabalho institucional. Assim, tanto a relação do paciente com a instituição, como com a equipe e o modo pelo qual foi feito o encaminhamento ao serviço de psicologia – lembrando que o paciente só chega ao serviço através do encaminhamento médico – influenciam no processo transferencial. Porém, uma vez iniciado o processo analítico, acredito que esse fator se torna irrelevante, pois a transferência com o analista se torna infinitamente mais intensa.

A respeito de tal fato, atendi uma paciente em 2005 no ambulatório onde trabalho⁴³, que mesmo possuindo um grau precário de instrução e tendo uma noção superficial sobre a diferença entre psicólogo (a função que exerce) e médico, definiu o processo analítico com uma exatidão belíssima. Ela contou que durante a semana aguardava com muita expectativa o dia do atendimento, porém, quando chegava ao ambulatório – enquanto aguardava a sessão – um grande medo a dominava: “Tenho medo porque quando entro aqui, parece que o mundo pára. Entro num outro lugar, não é mais o Cermac, mas eu não sei que lugar é esse”.

⁴³ CERMAC – Centro Estadual de Referência em Média e Alta Complexidade, situado na cidade de Cuiabá - MT.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sob vários aspectos – da origem profissional de seu fundador a questões de ordem político-institucionais – a psicanálise mantém relações com a medicina desde sua criação. Mas tal proximidade – basicamente, o fato de que ambas investigam e buscam tratar as (ditas) doenças psíquicas – serve muito mais a Freud para afirmar a radical diferença entre elas. Mais de uma vez em sua obra referiu-se à formação, distinta, de médicos e psicanalistas, e em “A questão da análise leiga”, de 1926, externou sua preocupação com a possibilidade de a psicanálise ser reduzida a uma modalidade terapêutica da medicina: como tal defendeu a formação de psicanalistas leigos, quer dizer, não-médicos ou não originários do campo médico.

Como já exposto no segundo capítulo desta pesquisa, Freud destacou que a formação do médico é oposta ao que necessitaria um psicanalista. A atenção voltada a fatos objetivamente verificáveis, a crença de que o êxito do tratamento depende de tais observações e, principalmente, a busca de seu saber onde a subjetividade não se faz presente (no cadáver), faz da medicina um campo radicalmente distinto da psicanálise. Na conferência I de suas “Conferências Introdutórias sobre psicanálise” ([1917] 1974) Freud explica que em sua formação o médico se acostuma a ver coisas, ou seja, reações químicas, preparações anatômicas, etc. Já na psicanálise, nada acontece além de um intercâmbio de palavras entre o paciente e o psicanalista.

Tal preocupação de Freud – a redução da psicanálise a uma modalidade terapêutica da medicina – não se concretizou, embora, a psiquiatria, ramo da medicina, tenha sido grandemente influenciada pelo saber psicanalítico ao menos até a década de 1950, período de criação dos primeiros psicofármacos. Por outro lado, em que pesem as distorções, adaptações e ataques de que foi vítima, a psicanálise transformou-se numa das grandes correntes teóricas do século XX. Em particular, a pedagogia e a psicologia foram tradicionalmente marcadas pela criação freudiana, mas esta influência, de impressionante magnitude, atingiu inúmeros outros campos de saber. Conceitos como *complexo de Édipo*, *inconsciente*, *fase oral*, *fixação*, *trauma* e tantos outros foram até mesmo absorvidos pela cultura popular no mundo ocidental e isso resultou, como óbvia consequência, confusão e reducionismos diversos.

A partir da segunda metade do século XX a psicanálise foi, gradativamente, sendo desacreditada pela medicina. O desenvolvimento das neurociências contribuiu para a reconstrução da medicina mental, e assim a psiquiatria foi cientificizada (Birman,

2007). Com isso as terapias cognitivas tiveram uma grande aceitação, pois, dentre as modalidades terapêuticas existentes, são as que melhor se adéquam à nova medicina. Paralelamente, as transformações econômicas e sociais refletiram na subjetividade dos indivíduos ocidentais. Mezan (2000) explica que a modernização do século XX culminou em importantes mudanças nas mentalidades e comportamentos, e o indivíduo ocidental deixou de viver sob o grande controle exercido pela repressão social. A sociedade tornou-se mais permissiva nos aspectos referentes à vida sexual e privada, mas passou a impor o alto consumo como sinônimo de sucesso.

Atualmente, e mais do que nunca, o ser é substituído pelo ter. O indivíduo é todo o tempo atingido pelas novas tecnologias, novas informações e novos objetos de desejo. Os ideais são referenciados no consumo: ter um corpo perfeito, adquirir os objetos tecnológicos mais avançados, usufruir dos tratamentos mais recentes... Obviamente que, se a lógica ocidental-contemporânea gira em torno do consumo, o bem-estar também se referenciará na ordem do ter. Ora, há uma relação entre esse atual estado de coisas e certa caracterização da psicanálise como uma teoria e uma forma de tratamento ultrapassadas.

O alto consumo tem uma relação fundamental com o tempo. Tudo é perecível, o que agora é bom, amanhã não serve mais. Por se adequar, e contribuir, aos moldes da contemporaneidade, a medicina condiciona a eficiência cada vez mais à rapidez. Não basta restituir a saúde e o bem-estar, é fundamental que isso ocorra rapidamente. Não há tempo para se implicar com o seu mal-estar, buscar suas causas, construir novas maneiras de lidar com ele, se responsabilizar. O objetivo não é procurar alternativas para a angústia inerente a todo ser humano, mas sim comprar o seu antídoto.

Essa lógica é claramente percebida nos ambulatorios. A necessidade instituída de que o paciente deve se adequar ao tratamento submetido e suprimir os seus sintomas está em consonância com esse molde de viver. A contemporaneidade almeja a robotização, tanto no seu aspecto de comportamentos e reações desejáveis, quanto no aspecto não-humano, ou seja, sem conflitos e sem sofrimento.

A psicanálise segue na contramão desse processo, ao defender a impossibilidade de erradicação do sofrimento e aposta na singularidade do sujeito em detrimento da robotização dos indivíduos. Mezan (2005) refere-se a uma infantilização crescente das pessoas, uma tendência a evitar a responsabilidade individual – tendência que coloca em

risco a autonomia, valor herdado do Iluminismo e que a psicanálise considera como imprescindível⁴⁴. Em consequência, a psicanálise é rotulada como inapropriada aos tempos atuais, resistente às descobertas científicas e incapaz de se adequar.

Uma vez inserido no ambulatório, ou em qualquer outro campo institucional, o psicanalista tem a sua prática atingida por tais valores contemporâneos. Foi justamente a dificuldade em operar o discurso analítico nesse contexto que me motivou, assim como a muitos outros pesquisadores que se debruçaram sobre esse tema, a realizar este trabalho de pesquisa.

O objetivo maior desta pesquisa foi investigar os impasses que ocorrem na relação da psicanálise com as equipes dos ambulatórios médicos, bem como as condições de possibilidade de sua prática nesse contexto tão atravessado de entraves teóricos, políticos, sociais e econômicos. A maior dificuldade identificada, sem dúvida, é a própria hegemonia do discurso médico nesse tipo de instituição. E sendo que o ato médico⁴⁵ já é uma realidade em muitos ambulatórios públicos brasileiros, constitui um desafio, em todos os sentidos, promover outro discurso e outra prática.

O primeiro capítulo foi dedicado à contextualização do ambulatório: seu surgimento, fortalecimento e características. Para tanto, abarcou-se o percurso dos serviços de saúde brasileiros no século XX, culminando no movimento da Reforma Sanitária e na criação do Sistema Único de Saúde - SUS. Neste trajeto da saúde pública brasileira, o psicólogo adentrou os serviços e a partir dele, o psicanalista. Com a multiplicação das equipes interdisciplinares na rede ambulatorial, o psicólogo (e o psicanalista) se fez cada vez mais presente no SUS. O crescimento do poder médico também foi discutido, pois a hegemonia médica é tão presente que, muitas vezes, os médicos portam-se como chefes das equipes, direcionando (ou tentando direcionar) o trabalho dos demais profissionais.

No segundo capítulo foram levantadas as dificuldades e os desafios do psicanalista inserido no campo da saúde pública, e também as possibilidades de resposta diante dos inúmeros impasses. Ficou claro que não há condições de se propor o trabalho

⁴⁴ Vale ressaltar que o sujeito da psicanálise não é autônomo, pois está ligado ao sinthome, o que não é passível de mudança. A autonomia possível refere-se principalmente aos dogmas e padrões sociais e à responsabilidade frente ao próprio desejo.

⁴⁵ Projeto de lei que sujeita todas as outras profissões inseridas no campo da saúde a assessoria médica. Desta maneira, o médico decide se há a necessidade do paciente ser atendido por outros profissionais como psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista, etc. Caso julgue necessário, ele fará o encaminhamento.

de análise no ambulatório público, mas é plenamente viável a experiência analítica de curta duração, de acordo com a orientação lacaniana que se refere às entrevistas preliminares. Esta é a maneira da psicanálise se adequar ao ambulatório, pois assim se oferece a escuta analítica ao paciente e, ao mesmo tempo, proporciona efeitos terapêuticos rápidos, tão demandados pelas instituições. Já o terceiro capítulo consistiu em defender a afirmação de que se faz psicanálise no ambulatório, mesmo que de maneira um pouco distinta do consultório particular, pois o alicerce da prática analítica não é abalado no ambulatório.

Obviamente que as dificuldades são inúmeras, os desafios se apresentam quase que diariamente aos psicanalistas inseridos neste campo. Mas não foi sempre assim? A psicanálise, desde os seus primórdios, enfrentou resistências, desconfiças e críticas, e sempre resistiu porque seu discurso é efetivo e transformador. E isso é amplamente alcançado no ambulatório. Apesar de a clientela dessas instituições possuir um baixo nível cultural, sérios problemas econômicos e ser atravessada pelos ideais contemporâneos de medicalização do sofrimento e terapias breves para supressão dos sintomas, a presença do discurso analítico cria a demanda de uma escuta analítica em muitos pacientes. E é nesse fato que a psicanálise se apóia para afirmar a sua importância nos tempos atuais.

Indo mais além, a inconsistência dos efeitos terapêuticos promovidos pelas medicações psicotrópicas e o alto índice de incidência das novas formas de adoecer (depressões, síndromes do pânico, distúrbios alimentares) mostram que os ideais contemporâneos não sustentam o discurso que buscam promover. É nesta situação que a psicanálise se revigora, tornando-se imprescindível como ponto de limite a esse discurso.

A psicanálise não vai salvar a sociedade, ou a instituição, e nem pretende tal coisa. Mas também não será devorada por esse discurso hegemônico, porque ela se torna necessária à medida mesma que esse discurso tenta, cada vez mais, capturar o sujeito e assujeitá-lo aos seus ideais.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, F. Da sugestionabilidade à transferência: Itinerário de Freud. **Kriterion**. (jul./ 1989 a dez/ 1991). Nº. 83-84, vol. XXXII, pg. 1-24.

AGUIAR, F. Notas recolhidas sobre a transferência em Freud. **Revista de Ciências Humanas**. (2000). Nº. 27, pg. 137 a 148.

AGUIAR, F. Questões Epistemológicas e Metodológicas em Psicanálise. **Jornal de Psicanálise**. (2006). Nº 70, vol 39, pg 105-131.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. (1995) 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz.

BENEVIDES, R. **A Psicologia e o Sistema Único de Saúde: quais interfaces?** (2005). Psicol. Soc. v.17 n.2 Porto Alegre. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-822005000200004&lng=pt&nrm=iso Acessado em 31/ 03/ 2008.

BIRMAN, J. Despossessão, saber e loucura: sobre as relações entre psicanálise e psiquiatria hoje. In: QUINET. A. (org) **Psicanálise e Psiquiatria. Controvérsias e convergências**. (2001). Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.

BIRMAN, J. **Mal-estar na atualidade. A psicanálise e as novas formas de subjetivação**. (2007). 6 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

CAMPOS, G.W.S. **O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde**. (2007). Ciência saúde coletiva v.12. Rio de Janeiro, novembro. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000700009

[&lng=pt&nrm=isso](#) Acessado em 27/11/2007

CARVALHO, B.G.; MARTIN, G.B.; CORDONI JR. L.. A Organização do Sistema de Saúde no Brasil. In: ANDRADE, S. M. et al (orgs) **Bases da Saúde Coletiva**. (2001). Londrina: editora-UEL.

CHEMAMA, R. VANDERMERSCH, B. **Dicionário de Psicanálise**. (2007). Porto Alegre: Unisinos.

CLAVREUL, J. **A Ordem Médica. Poder e Impotência do Discurso Médico**. (1983). São Paulo: Editora Brasiliense.

CORDEIRO, H. **O Instituto de Medicina Social e a luta pela reforma sanitária: contribuição à história do SUS**. (2004). Physis v. 14 n. 2 Rio de Janeiro julho/dezembro. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312004000200009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312004000200009&lng=pt&nrm=iso)
&lng=pt&nrm=iso Acessado em 27/11/2007

D'ANGELO, L. Terapias breves versus efectos terapêuticos rápidos. In: MILLER, J. A. et al. **Conversaciones Clínicas con Jacques Alain Miller**. (2005) Buenos Aires: Pardós.

DIMENSTEIN, M. D. B. A Prática dos Psicólogos no Sistema Único de Saúde/SUS. In: **I Fórum Nacional de Psicologia e Saúde Pública: contribuições técnicas e políticas para avançar o SUS**. (2006). Brasília: Conselho Federal de Psicologia.

DIMENSTEIN, M. D. B. **O Psicólogo no Contexto do Sistema Único de Saúde (SUS): Perfil Profissional e Perspectivas de Atuação nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs)**. 1998. 351f. Tese (doutorado em psiquiatria, psicanálise e saúde mental). UFRJ, Rio de Janeiro, 1998.

DOR, J. **A-cientificidade da psicanálise**. (1993). Porto Alegre: Artes Médicas

FERREIRA, J.B. A lei e o desejo recalcado são uma só e mesma coisa. In: CESAROTTO, O. (org) **Idéias de Lacan**. (1995). São Paulo: Iluminuras.

FIGUEIREDO, A. C. O que faz um psicanalista na saúde mental? In: CAVALCANTI, M.T., VENANCIO, A.T. (orgs) **Saúde Mental: campo, saberes e discursos**. (2001a). Rio de Janeiro: IPUB/UFRJ.

FIGUEIREDO, A. C. Reforma Psiquiátrica e psicanálise: um novo aggiornamento? In: QUINET, A. (org). **Psicanálise e psiquiatria: controvérsias e convergências**. (2001b). Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.

FIGUEIREDO, A. C., ALBERTI, S. (orgs). **Psicanálise e Saúde Mental: uma aposta**. (2006). Rio de Janeiro: Companhia de Freud.

FIGUEIREDO, A. C. **Vastas Confusões e Atendimentos Imperfeitos. A Clínica Psicanalítica no Ambulatório Público**. (1997). Rio de Janeiro: Relumbre Dumará.

FIGUEIREDO, L. C. M. **Matrizes do Pensamento Psicológico**. 9 ed. (2002). Petrópolis: Vozes.

FOUCAULT, M. **A Ordem do Discurso**. 8 ed. (2002). São Paulo: Edições Loyola.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 15 ed. (2000). Rio de Janeiro: Edições Graal.

FOUCAULT, M. **O Nascimento da Clínica**. 6 ed. (2006). Rio de Janeiro: Forense-Universitária.

FREUD, S. A dinâmica da transferência. In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud** (Vol.XII, p. 133-143). (1974). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1912).

FREUD, S. A interpretação dos sonhos (parte I). In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud** (Vol.IV, p. 39-322). (1974). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1900).

FREUD, S. A interpretação dos sonhos (parte II). In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud** (Vol.V, p. 323-611). (1974). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1900).

FREUD, S. Além do Princípio de Prazer. In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud** (1974) (Vol.XVIII, p. 17-85).Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1920).

FREUD, S. A pulsão e suas vicissitudes. In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud** (Vol.XIV, p. 137-162). (1974). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1915).

FREUD, S. A Questão da Análise Leiga. In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud** (1974) (Vol.XX, p. 211-283).Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1926).

FREUD, S. As resistências à psicanálise. In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud** (Vol.XIX, p. 265-275). (1974). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1925).

FREUD, S. Cinco lições de psicanálise. In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud** (Vol.XI, p. 13-51). (1974). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1910).

FREUD, S. Conferências Introdutórias sobre Psicanálise (parte I e II). In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud** (Vol.XV, p. 27-285). (1974). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1917).

FREUD, S. Conferências Introdutórias sobre Psicanálise (parte III). In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud** (Vol.XVI, p. 289-540). (1974). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1917).

FREUD, S. Dois verbetes de enciclopédia. In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud** (Vol.XVIII, p. 285-312). (1974). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1923).

FREUD, S. Explicações, aplicações e orientações. In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud** (Vol.XXII, p. 135-154). (1974). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1933).

FREUD, S. Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental. In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud** (Vol.XII, p. 273-288). (1974). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1911).

FREUD, S. Linhas de progresso na terapia psicanalítica. In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud** (Vol.XVII, p. 201-211). (1974). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1919).

FREUD, S. O Estranho. In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud** (1974) (Vol.XII, p. 149-159).Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1919).

FREUD, S. O MAL-ESTAR NA CIVILIZAÇÃO. In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud** (Vol.XXI, p. 81-171). (1974). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1930).

FREUD, S. Psicanálise Silvestre. In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud** (Vol.XI, p. 207-213). (1974). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1910).

FREUD, S. Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud** (Vol.XII, p. 149-159). (1974). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1912).

FREUD, S. Recordar, repetir e elaborar. In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud** (Vol.XII, p. 193-203). (1974). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1914).

FREUD, S. Totem e Tabu. In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud** (Vol.XIII, p. 21-162). (1974). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1913).

FREUD, S. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud** (Vol.VII, p. 127-228). (1974). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1905).

GARCIA-ROZA, L.A. **Freud e o Inconsciente**. 12 ed. (1996). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

GURGEL, I. Psicanálise e Saúde Mental: De Reformas & Desafios. **Correio**. Setembro. Buenos Aires: 2003.

JAPIASSÚ, H. MARCONDES, D. **Dicionário básico de filosofia**. 3 ed.(1996). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

JORGE, M. A. C. “A psicoterapia conduz ao pior” – Apontamentos sobre a querela psicanálise/psicoterapia. In: FIGUEIREDO, A. C., ALBERTI, S. (orgs). **Psicanálise e Saúde Mental: uma aposta**. (2006). Rio de Janeiro: Companhia de Freud.

JORGE, M. A. C. Discurso médico e discurso psicanalítico. In: CLAVREUL, J. **A Ordem Médica. Poder e Impotência do Discurso Médico**. (1983). São Paulo: Editora

Brasiliense.

JORGE, M. A. C. **Fundamentos da Psicanálise de Freud a Lacan.** (2008). Vol 1. 5 ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

JURANVILLE, A. **Lacan e a Filosofia.** (1987). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

KAHHALE, E. M.P. Psicologia na saúde: em busca de uma leitura crítica e de uma atuação compromissada. IN: BOCK, A. M. B. (org) **A perspectiva sócio-histórica na formação em psicologia.** (2003). Petrópolis: Vozes.

KAUFMANN, P. **Dicionário enciclopédico de psicanálise: o legado de Freud e Lacan.** (1996). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

KEHL. M. R. **Sobre Ética e Psicanálise.** (2002). São Paulo: Companhia das Letras.

KUPFER, M .C. M. VOLTOLINI, R. **Uso de indicadores em pesquisas de orientação psicanalítica: um debate conceitual.** Psicologia Teoria e Pesquisa. v. 21 n. 3. Brasília, set/ dez 2005. Disponível em: www.scielo.br. Acessado em 17/09/2008.

LACAN, J. A Significação do Falo. In: LACAN, J. **Escritos.** (1978). São Paulo: Perspectiva.

LACAN, J. Intervenção sobre a transferência. In: LACAN, J. **Escritos** (1998). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. Trabalho originalmente publicado em 1951.

LACAN, J. **O Seminário livro 7. A ética da psicanálise.** (1991). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

LACAN, J. **O Seminário livro 5. As formações do inconsciente.** (1999). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

LACAN, J. **O Seminário livro 17. O avesso da psicanálise.** (1992). Rio de Janeiro: Jorge Zahar

LACAN, J. **O Seminário livro 1. Os escritos técnicos de Freud.** (1986). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

LACAN, J. **O Seminário livro 11. Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise.** (1988). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

LAMBERT, A. Psicanálise no hospital. **Opção Lacaniana.** Setembro. São Paulo; 2003.

LAPLANCHE, J. PONTALIS, J. B. **Vocabulário de Psicanálise.** 10 ed. (1988). São Paulo: Martins Fontes.

MACHADO, R. Por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder.** 15 ed. (2000). Rio de Janeiro: Edições Graal.

MARCONDES, D. **Textos básicos de ética – de Platão a Foucault.** 2 ed. (2007). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

MAURANO, D. **A Transferência.** (2006). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

MEIRELLES, C.C. A psicanálise na instituição de saúde. **Percurso.** N. 33. São Paulo: 2004.

MELMAN, C. **O homem sem gravidade, gozar a qualquer preço.** (2008). Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.

MENARD, A. Furar a Instituição. In: **Pertinências da Psicanálise Aplicada.** (2007). Rio de Janeiro: Forense Universitária.

MEZAN, R **Interfaces da Psicanálise.** . (2002). São Paulo: Companhia das Letras.

MIDDLEJ, E.H. O que se paga? **Textura – Revista de Psicanálise** (2001) Nº 1,pg 17-19.

MONSENY, J. A ética psicanalítica do diagnóstico. In: QUINET, A. (org). **Psicanálise e psiquiatria: controvérsias e convergências**. (2001). Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.

NALI, M. C. **Um estudo sobre as particularidades da transferência no consultório tornado público**. 2002. 114f. Dissertação (mestrado em psicologia clínica). PUC-SP. São Paulo, 2002.

NIETZSCHE, F. **A Genealogia da Moral**. 2 ed. ([1887] 2007). São Paulo: Escala.

OLIVEIRA, A. G. B. O modelo tecnológico psiquiátrico de Cuiabá: Contribuição ao Estudo das suas características de determinantes. **Coletânea de Enfermagem**. (2000). Nº 1, vol 2, pg 81-105.

PEREIRA, E. H. P. Políticas Públicas e Psicologia: potencialidades e desafios dessa relação. In: **Relatório do IV Seminário Nacional de Psicologia e Políticas Públicas**. (2007). Maceió: Conselho Federal de Psicologia.

PINHEIRO, N. N. B. **Enlaces transferenciais: reflexões sobre a clínica psicanalítica no ambulatório hospitalar**. (2001a). *Psicol. cienc. prof.* [online]. jun. 2002, vol.22, no.2 [citado 11 Março 2009], p.42-49. Disponível: www.pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932002000200006&lng=pt&nrm=iso. ISSN 1414-9893.

PINHEIRO, N. N. B. **Palco Público de Dramas Privados: A Clínica Psicanalítica nos Ambulatórios Institucionais**. (2001b). *Psicol. USP* v.12 n.2 São Paulo. Disponível em: <http://www.scielo.br/cgi-bin/wxis.exe/iah/> . Acessado em 15/03/2007.

PINTO, J. M. Psicanálise e ciência – O sujeito da Ciência como ponto de estruturação interna da Psicanálise. In: FILHO, A. P. (et al) orgs. **Ciência, Pesquisa, Representação**

e Realidade em Psicanálise. (2000) São Paulo: Casa do Psicólogo, Educ.

QUEIROZ, M. S. **O Paradigma Mecanicista da Medicina Ocidental Moderna: uma perspectiva antropológica.** Rev. Saúde Pública, (1986) vol.20, no.4, p.309-317. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101986000400007&lng=pt&nrm=is Acessado em 07/07/2007.

QUINET, A. A Psiquiatria e sua ciência nos discursos da contemporaneidade. In: QUINET, A. (org). **Psicanálise e psiquiatria: controvérsias e convergências.** (2001). Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.

RAJCHMAN, J. **Eros e Verdade – Lacan, Foucault e a questão da ética.** (1993). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

RINALDI, D. **A Ética da Diferença. Um debate entre psicanálise e antropologia.** (1996). Rio de Janeiro: EdUERJ: Jorge Zahar Editor.

ROCHA, G.S. **Introdução ao Nascimento da Psicanálise no Brasil.** (1989). Rio de Janeiro: Forense Universitária.

ROY, M. O psiquiatra preocupado. In: **Pertinências da Psicanálise Aplicada.** (2007). Rio de Janeiro: Forense Universitária.

ROUDINESCO, E. **Por que a psicanálise?** (2000). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

ROUDINESCO, E. PLON, M. **Dicionário de Psicanálise.** (1998). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

RUBISTEIN, A. M. Algumas considerações sobre o término dos tratamentos com orientação psicanalítica nas instituições públicas. **Revista de Psicologia Plural** jan/jun. Belo Horizonte: 2005.

SANTANA NEL, A. Todo caso é único. A psicanálise aplicada nos permite sustentá-lo. In: ALVARENTA, E., FAVRET, E., HORTENSIA, C. (orgs) **A variedade da prática: do tipo clínico ao caso único em psicanálise.**(2007). Rio de Janeiro: Contra Capa.

SAURET, M. Psicanálise, psicoterapias, ainda... In: FIGUEIREDO, A. C., ALBERTI, S. (orgs). **Psicanálise e Saúde Mental: uma aposta.** (2006). Rio de Janeiro: Companhia de Freud.

SANTORO, Vanessa Campos. **Clínica psicanalítica e ética. Reverso.** [online]. set. 2006, vol.28, no.53 [citado 13 Dezembro 2008], p.61-66. Disponível na: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-73952006000100009&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0102-7395. Acessado em 12 /12/ 2008.

STEVENS, A. A instituição: prática do ato. In: **Pertinências da Psicanálise Aplicada.** (2007). Rio de Janeiro: Forense Universitária.

TESSER, C. D., LUZ, M T. Uma introdução às contribuições da epistemologia contemporânea para a medicina. **Ciência saúde coletiva** nº 2 vol. 7 RJ: 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14131232002000200015&lng=pt&nrm=isso Acessado em 07/07/2007.

TEIXEIRA, S. M. F. O Dilema Reformista na Reforma Sanitária Brasileira. **Rev. Adm. Pública** out./dez. Rio de Janeiro: 1987.

TENÓRIO, F. Psicanálise, configuração individualista de valores e ética do social. **História, Ciências, Saúde** – nº 1, vol 7, 117-134, mar.-jun. Manguinhos: 2000.

VASCONCELOS, E. M. Breve Periodização do Processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil Recente. In: VASCONCELOS, E. M. (org) **Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade.** São Paulo: Contez, 2002.

VERAS, M., BESSET, V.L. Apresentação de pacientes: a clínica lacaniana na saúde

mental. **Opção Lacaniana**. Março. São Paulo: 2007.

VIOLANTE, M. L. Pesquisa em Psicanálise. In: FILHO, A. P. (et al) orgs. **Ciência, Pesquisa, Representação e Realidade em Psicanálise**. . (2000). São Paulo: Casa do Psicólogo, Educ.